Lane Medical Library

Aus der Univ. Hautklinik Erlangen. Vorstand: Prof. Dr. Leo Hauck.

1935

Über absichtlich erzeugte Hautbeschädigungen (Artefakte).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

vorgelegt von
Friedrich Michel
approbierter Arzt
aus Nürnberg.

Tag der mündlichen Prüfung: 29. Mai 1935.

Buchdruckerei Robert Windsheimer, Erlangen-Bruck.
1935

1935/347

Dekan: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. med. Fr. Jamin.
Referent: Professor Dr. med. L. Hauck.

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153708_0013

Der Arzt wird manchmal bei Hautveränderungen vor die Frage gestellt, ob sie von selbst entstanden sind, oder ob die Kranken sie künstlich hervorgebracht haben. Die Tatsache, daß es Menschen gibt, die sich am eigenen Leibe selbst beschädigen, ist längst bekannt und man hat solche „künstlich" und mit „Absicht" erzeugte Hautveränderungen mit dem Namen „Artefakte" belegt. Wenn sie auch nicht besonders selten vorkommen, und die Mitteilungen solcher Beobachtungen im Laufe der Zeit sich gemehrt haben, so bieten doch derartige Fälle für die Diagnosestellung oft noch recht erhebliche Schwierigkeiten. Das beruht einerseits auf der Mannigfaltigkeit der zur Erzeugung der Hautentstellungen benützten Mittel und Methoden und demzufolge einem sehr variablen klinischen Bild, andererseits auf den seltsamen Beweggründen, die solchen Betätigungen zugrunde liegen und die oft aus raffinierter Überlegung heraus so verschleiert werden können, daß ihre Aufdeckung großen Scharfsinn erfordert.

Die Mittel, welche zur Selbstbeschädigung verwendet werden, können so kompliziert, gesucht und fernliegend sein, daß sie von vornherein nicht in den Bereich der Möglichkeit gezogen werden, oder sie sind wiederum so banal, so alltäglich, daß sie angesichts des seltsam anmutenden Krankheitsbildes außer Acht gelassen werden. Sie hängen zum Teil von der Intelligenz, aber auch in vielen Fällen von der beruflichen Betätigung der betreffenden Personen ab. So wird z. B. häufig beobachtet, daß Dienstmädchen im Haushalt viel gebrauchte Putzmittel, wie Säuren oder Alkalien zur Selbstbeschädigung benützen.

Im allgemeinen lassen sich nach der Art der verwendeten Mittel drei Gruppen der Selbstbeschädigung unter-

ſcheiden: durch chemiſche, thermiſche und mechaniſche Einwirkung hervorgerufene Hautſchädigungen. Von dieſen drei Gruppen iſt die erſtgenannte die am häufigſten vorkommende und zu ihr gehören neben zahlreichen chemiſchen Agentien auch mancherlei pflanzliche Reizſtoffe. Thermiſche Methoden dagegen ſind im Schrifttum nur ſelten angeführt, was wohl aus ihrer größeren Schmerzhaftigkeit zu erklären ſein dürfte. Zur Erzeugung arteficieller Hautveränderungen bedarf es allerdings nicht immer ſolch heroiſcher Mittel, wie Säuren und Laugen, oder anderer chemiſcher Stoffe, auch ſchon mittels einfachſter, mechaniſcher Gewalteinwirkung laſſen ſich leicht gewünſchte Hautdefekte erzielen. Hierbei iſt dann nicht einmal irgend ein Inſtrument, oder körperfremder Gegenſtand vonnöten, ſondern ſogar mit dem kratzenden Fingernagel, oder nur durch ſtarkes Reiben mit den Fingern können Hautläſionen verurſacht werden *(Polland, Raſch)*.

Im Laufe der Jahre ſind ſo überaus zahlreiche, verſchiedenſte Methoden und Mittel aufgedeckt worden, deren ſich die Kranken in einſchlägigen Fällen bedienen, daß ſie eine nahezu endloſe Reihe bilden. Es gibt wohl nichts, meint *Frieboes,* was nicht gelegentlich zur Selbſtbeſchädigung verwendet wird. Daher iſt es natürlich auch unmöglich, an dieſer Stelle alle Mittel einzeln anzuführen, oder näher auf ſie einzugehen. Es möge deshalb genügen, wenn im folgenden einige der charakteriſtiſchſten Fälle des Schrifttums wiedergegeben werden, die einen treffenden Einblick in das Weſen der Artefakte und in die gebräuchlichſten Verfahren ihrer Erzeugung ermöglichen, die aber auch teilweiſe wegen ihrer Seltenheit, ja oft kaum glaublichen Originalität eingehendere Beachtung verdienen.

Was die inneren Beweggründe betrifft, die zu Artefakten Veranlaſſung geben, ſo unterſcheidet hier *Brauer* ätiologiſch zwei Gruppen von Kranken: 1. Pſychiſch Erkrankte, denen die Selbſtbeſchädigung dazu dient, die Aufmerkſamkeit ihrer Umgebung auf ſich zu lenken, ihr Mitleid zu erregen, ſie zu zwingen, ſich mit ihnen zu beſchäftigen, und ſich den Reiz zu verſchaffen, ſie und den Arzt zum beſten zu halten

und zu betrügen. Dieſe abnorme Sinnesrichtung, dieſen ganz uferloſen Symptomenkomplex kennzeichnet der Begriff der Hyſterie! 2. Geiſtig, wenn auch nicht moraliſch geſunde Perſonen. Dieſen bietet die Selbſtbeſchädigung ein Mittel zur Erlangung unberechtigter Vorteile, zum Schutz vor unangenehmen Verbindlichkeiten, ſowie zur Befreiung aus unerwünſchten Lebenslagen. Dieſe zweite Gruppe umfaßt das Simulantentum, das im Weltkrieg eine ſo traurige Rolle ſpielte und deſſen Erkennung gerade heute für die moderen Unfallmedizin von größter Bedeutung iſt.

Beide Gruppen verfahren bei der Erzeugung ihrer Hautveränderungen ſtets in einer Art und Weiſe, wie ihre Bildung, ihre Intelligenz, die ihrem Verhalten zugrunde liegende Abſicht und die zur Verfügung ſtehenden Mittel es ſie am zweckdienlichſten erſcheinen laſſen. Nach außen unterſcheiden ſich die beiden Gruppen häufig ſchon durch die Lokaliſation der Hautbeſchädigungen. Die Hyſteriſchen bevorzugen, entſprechend ihrer Abſicht Aufſehen und Intereſſe zu erregen, Stellen, die beſonders ſichtbar ſind, alſo Geſicht und Hände; aber auch die Brüſte und die Genitalregion ſind oft befallen, was ſich aus der meiſt krankhaften Sexualität dieſer Perſonen erklärt. Bei den Simulanten finden ſich die Selbſtbeſchädigungen immer an Körperſtellen lokaliſiert, welche die Betrüger für ihr jeweiliges unlauteres Vorhaben am geeignetſten erachten. Es ſind z. B. bei dem einen hauptſächlich die Füße und Unterſchenkel Sitz der Artefakte, da der Betreffende marſchuntauglich erſcheinen möchte, um vom Militärdienſt befreit zu werden. Ein anderer, dem daran gelegen iſt, ſich eine Unfall- oder Invalidenrente zu erſchleichen, ſucht beiſpielsweiſe durch eine Selbſtverſtümmelung an Händen und Armen Arbeitsunfähigkeit vorzutäuſchen. So läßt ſich hier aus der Lokaliſation der Krankheitserſcheinungen meiſt ſchon eine beſtimmte betrügeriſche Abſicht erkennen, der ſie dienen ſoll.

Im folgenden ſei zuerſt auf die Simulation etwas näher eingegangen und zunächſt ihr Begriff noch einmal klar feſtgelegt.

Nach *Kauffmann* verſteht man unter Simulation die

Vortäuſchung von Krankheiten, oder krankhaften Erſcheinungen, welche in Wirklichkeit gar nicht exiſtieren, oder nicht im Zuſammenhang mit einem Unfalle, oder Betriebsunfalle ſtehen, zur Erreichung von Vorteilen, oder Abwendung von Schäden. Sie wird unter folgenden Umſtänden beobachtet:

1. Nach Begehung ſtrafbarer Handlungen, nach Übertretungen und ſtrafbaren Unterlaſſungen.
2. Bei drohenden Haftſtrafen, Gerichtsterminen.
3. Bei läſtig empfundenen Leiſtungsverpflichtungen.
4. Zur Erlangung von Anſprüchen, Renten, Erſatzanſprüchen aus Erkrankungen und Verletzungen.

In der UV. (Unfallverſicherung) iſt das ausſchließliche Motiv der Simulation die Erwirkung einer hohen Entſchädigung. Der Simulant iſt immer ein Betrüger und wegen Betruges ſtrafbar. Die Gerichtspraxis beweiſt die große Verbreitung des Nährbodens, auf welchem der Betrug in ſeinen verſchiedenſten Formen gedeiht und läßt es als ſelbſtverſtändlich erſcheinen, daß auch die UV., und zwar ſowohl die private, wie auch die öffentliche, trotz ihrer ſozialen Aufgabe Raum für den Betrug bietet. In den erſten Jahren des Beſtehens der UV. hat man ſich zu leicht mit der Simulation abgefunden. *Boediker* erklärte 1891 am Berner Unfallkongreß: „Die Simulation ſpielt eine ganz untergeordnete Rolle.“ Man ſuchte dieſe Anſicht auch mit Zahlenangaben über das verhältnismäßig ſeltene Vorkommen zu belegen. Dieſe können aber nichts beweiſen, weil die Häufigkeit der Simulation nach den Äußerungen verſchiedener Autoren innerhalb ſehr weiter Grenzen ſchwankt.

Die Schwierigkeit des Nachweiſes der Simulation wetteifert mit der Leichtfertigkeit, mit welcher ſie geübt wird. Deshalb ihre Häufigkeit, welche *Liek* zu der Erklärung veranlaßte: „Die UV. demoraliſiert.“

Das Land der durchtriebenſten Simulanten iſt Italien. Nach den Angaben des Augenarztes *E. Trombetta* beſtehen in Italien eigentliche Simulantenſchulen, wo die Arbeiter in alle Geheimniſſe der Simulation eingeweiht werden und auch lernen einer Aufdeckung ihres Betruges zu entgehen.

Daß dieſe Schulen nicht erfolglos arbeiten, beweiſen vor allem zahlreiche Beobachtungen an einer ganz beſonderen Art der Selſtbeſchädigung, nämlich der Selbſtquetſchung des Handrückens. Die erſten Veröffentlichungen hierüber ſtammen aus der Schweiz. *E. Patry* beobachtete die Affektion 1901 und 1902 in 42 Fällen, nachdem er 1899 den erſten und 1900 fünf weitere Fälle davon geſehen hatte. Er ſtellte über dieſe eigenartige Selbſtbeſchädigung folgendes feſt: Die Kranken waren ausnahmslos Italiener, elf aus derſelben Stadt oder ihrer Umgebung, welche alle bei zwei Logiesgebern wohnten. 28 Fälle kamen vom September bis Dezember zur Beobachtung, alſo mit Beginn ungünſtiger Witterung, welche bei den Südländern die Sehnſucht nach der warmen Heimat wachrief. Die meiſten Verletzten verlangten daher, ſofort nach Italien reiſen zu dürfen. 34 Fälle betrafen die linke Hand. In 10 von 48 Fällen wurde mit Sicherheit die betrügeriſche Abſicht feſtgeſtellt.

Patry beſchreibt die Erzeugung der Selbſtquetſchung nach den Angaben eines italieniſchen Arbeiters: „Um eine Schwellung der Hand zu erzeugen, muß man ſie mit einem beliebigen Gegenſtande eine gute Viertelſtunde klopfen und dies anfangs jeden Tag wiederholen, weil die Schwellung ſich während der Nacht verliert. Nach einiger Zeit bleibt die Schwellung länger beſtehen und es genügt dann, in der Woche einmal zu klopfen. Zuerſt klopft man ſanft. Sobald die geklopfte Stelle warm wird, läßt der Schmerz nach und man kann ſtärker klopfen.“ Wichtig iſt noch eine andere Angabe des gleichen Arbeiters, daß man mit demſelben Erfolge, wie den Handrücken, das Knie und den Fußrücken beklopfen könne und daß das Klopfen ſich auch in Krankenhäuſern ausführen und fortſetzen laſſe.

Über die Folgen der Selbſtquetſchung äußerte ſich nach *Patry* ein weiterer Arbeiter dahin, daß man nicht zu lange klopfen dürfe, ſonſt verliere ſich die Schwellung nicht mehr, oder dauere zu lange. Dieſe Angabe findet durch eine Beobachtung *Kauffmanns* Beſtätigung. Er konnte bei einem 35 jährigen Arbeiter, der ihm erſt 16 Monate nach dem Unfall zur diagnoſtiſchen Klärung überwieſen wurde, feſt-

ſtellen, daß das nach ſchwächerem Klopfen ſich einſtellende oberflächliche und periphere Oedem ſich innerhalb weniger Tage wieder verliert, während Klopfen von langer Dauer zu einer ſehr hartnäckigen, tiefen, ſchwieligen, mit einer Verdickung der Streckſehnen vorwiegend des Zeige- und Mittelfingers einhergehenden Infiltration führt und dadurch meiſt eine verminderte Beugefähigkeit dieſer Finger zur Folge hat.

Die Diagnoſe der Selbſtquetſchung des Handrückens iſt nach *Kauffmann* nur möglich, wenn man den Verlauf einer durch wirklichen Unfall entſtandenen ſolchen Quetſchung kennt. Sie entſteht wie jede andere Quetſchung nur durch direkte Gewalteinwirkung. Wegen der Lockerheit des ſubkutanen Gewebes und der Leichtigkeit der Verbreitung des Blutergußes in demſelben, iſt ſie durch eine raſch ſich bildende, bedeutende primäre Schwellung ausgezeichnet. Infolge Kompreſſion der zahlreichen Venen des Handrückens durch den Bluterguß und infolge der abhängigen Lage der Hand beim Herumgehen, tritt gewöhnlich in den erſten Tagen noch ſtarkes Hautoedem in der Nachbarſchaft des Quetſchungsherdes, auch an den Fingern, beſonders an deren Streckſeite, hinzu. Bei ruhiger Bettlage, Hochlagerung der Hand und Applikation von feuchtwarmen Umſchlägen verlieren ſich Schwellung und Bluterguß ebenſo raſch, wie an anderen Körperſtellen; und wenn vom dritten bis fünften Tage ab, d. h. zur Zeit, wo die Schmerzen ſchwinden, regelmäßige Bewegungen der Finger und Hand, bei fortgeſetzter Hochlagerung und feuchtwarmer Wickelbehandlung ausgeführt werden, ſo erzielt man in ein bis zwei Wochen Heilung. *Kauffmann* warnt vor Maſſage oder Einreiben von Salben in ſolchen Fällen. Die Maſſage wirke auf das blutig infiltrierte, lockere Gewebe ähnlich, wie die primäre Quetſchung und rege neue Blutungen an, ſodaß Oedem und Bluterguß nicht weichen wollen. Von einer ambulanten Behandlung der Selbſtquetſchung des Handrückens rät *Kauffmann* wegen der geringen Ausſichten auf Heilung ab. Es kann auch hierbei leicht vom Verletzten die Hand aufs neue mißhandelt

werden, um die Heilung in die Länge zu ziehen. So berichtet er von einem Verletzten, dessen Zustand sich lange nicht besserte, obwohl er das Bett hüten mußte und vom Arzt regelmäßig besucht wurde. Nach einigen Wochen verriet der Zimmergenosse, daß der Verletzte stets nach dem Besuche des Arztes die kranke Hand unter der Bettdecke reibe und darauf liege.

Die Selbstquetschung des Handrückens kann sich im frischen Zustande und während der ersten Tage ganz wie eine durch einen Unfall entstandene Quetschung verhalten. Wie *Kauffmann* darlegt, muß eine Selbstquetschung vermutet werden, wenn ein Arbeiter eine Ursache angibt, wodurch der Handrücken nicht gequetscht werden kann, z. B. durch einen Fall auf die ausgestreckte Hand und den Handteller. Sobald durch die Röntgenuntersuchung eine Knochenverletzung ausgeschlossen erscheint, soll man solche Fälle als Unfallsfolge abweisen.

Bei genauer Untersuchung findet man schon bald Besonderheiten der Selbstquetschung. Sie ist auf den Handrücken beschränkt, während die unbeabsichtigte Quetschung meist Veränderungen an der Streck- und Beugeseite der Hand erzeugt. Dazu kommt, daß bei dieser, je nach der Art der Gewalteinwirkung, verschieden ausgedehnte und intensive Erscheinungen und Veränderungen nachweisbar sind, während jene wohl gleichartige Veränderungen schafft, welche aber entweder gar nicht, oder doch nur in geringem Grade an der Beugeseite hervortreten.

Von der Selbstquetschung des Handrückens muß noch ein künstlich erzeugtes Handrückenoedem unterschieden werden. *Baer* konnte von einem damit behafteten Arbeiter in Erfahrung bringen, daß es von ihm durch subkutane Injektion einer Säure am Handrücken bei gleichzeitiger Umschnürung des Vorderarmes erzeugt worden war. Die Feststellung der Stichstelle am Handrücken mit leichter Nekrose der Stichränder, sowie die deutlich sichtbare Umschnürungsstelle am Vorderarm, ließen diese raffinierte Entstehungsart des Handrückenoedems erkennen.

Kauffmann sah ein mehrere Monate altes Handrücken-

oedem, das durch Injektion von Speiseessig unter die Haut und nachheriges, fortgesetztes Beklopfen erzeugt worden war. Nach vierwöchentlicher, scharf kontrollierter Bettruhe verschwand es unter Kataplasmenbehandlung und Hochlagerung fast ganz.

Stöß teilt folgenden Fall von angeblicher Fingerquetschung mit: Ein Schlossergeselle brachte eine Quetschung des linken Zeigefingers als Unfallfolge zur Anzeige. Die Heilung dauerte sehr lange. Nach längerer Behandlung in einer Krankenanstalt attestierte der behandelnde Arzt völlige Erwerbsunfähigkeit. Im Verlaufe eines Prozesses wegen übertriebener Ansprüche wurde bekannt, daß der Mann bei gewöhnlicher Arbeit plötzlich laut aufgeschrieen habe, um einen Unfall zu fingieren und am folgenden Morgen den Finger in Carbol getaucht hatte, sodaß er anschwoll. Auch späterhin wiederholte er dies jedesmal vor dem Besuche des Arztes.

Eine wichtige Rolle spielt bei den Simulanten die Selbsterzeugung von Wunden und die Verhinderung ihrer Heilung. Zur leichteren Erkennung solcher Wunden führt *Kauffmann* folgende Charakteristika an: Es handelt sich in der Regel um erbsen- bis bohnengroße Hautdefekte, die eine rundliche, oder rechteckige Form haben, vielfach mit einem schwarzen Aetzschorf bedeckt sind, oder üppige Granulationen aufweisen. Sie trotzen hartnäckig jeder Behandlung und sind meist auf dem Handrücken, oder an der Streckseite eines Fingergelenkes, besonders der linken Hand gelegen. Wie er in Erfahrung bringen konnte, bevorzugen die italienischen Arbeiter zur Selbstverwundung die Streckseite des rechten Zeigefingers. Hier pflegen sie sich über dem Mittelgelenk eine Schnittwunde beizubringen, deren normalen Heilverlauf sie durch Verätzung oder andere Reizmethoden verhindern, sodaß schließlich unter starker Narbenbildung eine Fingerversteifung sich einstellt.

Wie bei der Selbstquetschung, so kommt es auch bei der Selbstverwundung häufig vor, daß das betrügerische Treiben selbst unter ärztlicher Behandlung und Beobachtung lange Zeit unerkannt fortgesetzt werden kann. Nach *Patry*

werden zufällig akquirierte, oder ſelbſterzeugte Wunden mit einem Tropfen Salzſäure betupft und dann mit geſchmolzenem Fett übergoſſen, worauf ſich der Aetzſchorf ſchwarz färbt. Der Schmerz hält etwa eine Viertelſtunde an. Anfangs wird dieſe Verätzung nach jedem Beſuche des Arztes wiederholt, ſpäter iſt ſie ſeltener notwendig. Zur Verhinderung der Heilung einer Wunde wird nach demſelben Autor auch eine Fiſchgräte, oder ein Stück eines Zahnſtochers in die Wunde geſteckt und am folgenden Morgen entfernt, oder dieſe wird mit Roſt, Tabak oder Aſche beſtreut, welche zwei Stunden vor dem Beſuche des Arztes mit warmen Waſſer wieder abgewaſchen werden.

Kauffmann hörte von Arbeitern, daß Wunden mit Eſſig und Kochſalz verbunden werden, damit ſie langſam heilen. Ebenſo läßt ſich durch Blaſenpflaſter oder eine Seidelbaſtſalbe die Heilung von Wunden verhindern.

Liniger teilt einen Fall von künſtlichen Offenhaltens einer Wunde des linken Handrückens mit: 41 Jahre alter Schloſſer. Rentenbezug während fünf Jahren. Entlarvung in einer Strafanſtalt, wohin ihn der Diebſtahl einer Kuh gebracht hatte. Mit der am Rande geſchärften Platte eines Fingerringes hatte er ſich am linken Handrücken eine kleine Wunde beigebracht. Mittels eines aus einem Roſenkranz gewonnenen Stückchen Drahtes, das unter den Wundrand geſchoben worden war, wurde durch Jahre hindurch eine Eiterung unterhalten. Der Mann erhielt eine Zuſatzſtrafe von 9 Monaten Zuchthaus. Die Koſten des Verfahrens und die Rentenrückerſtattung wurde ihm überdies auferlegt.

Wie Selbſtverwundungen in mannigfachſter Art und Weiſe beigebracht werden und hierbei oft mit größter Raffiniertheit vorgegangen wird, findet ſich ebenfalls bei *Kauffmann* an einigen Fällen dargelegt. So ſchildert er z. B. eine intereſſante Form der Selbſtverwundung, die vornehmlich in der Schweiz zur Beobachtung gelangte. Dort wurden von Fuhrleuten vielfach Pferdebiſſe als Unfall angemeldet, die ſich jedoch als Artefakte erwieſen und mit einem zangenförmigen Inſtrument, deſſen Form das Gebiß eines Pferdes nachahmte, an den Armen erzeugt wurden.

Weiter erwähnt *Kauffmann* noch eine Reihe von Verwundungen, welche in betrügerischer Absicht vorgenommen und geradezu „gepflegt" wurden. Einige solche Fälle seien hier noch angereiht. Ein Maurer, der acht Jahre die Rente für 50%ige Erwerbsbeschränkung wegen teilweisen Verlustes des Unterschenkels bezogen hatte, stellte den Antrag auf Rentenerhöhung, weil durch das Tragen des Stelzfußes der Amputationsstumpf wund geworden sei. Abweisung durch das Schiedsgericht, weil keine Wunde bestand. Eine vom Reichsversicherungsamt angeordnete elftägige Beobachtung in einer Anstalt hatte das Ergebnis, daß der Mann nicht nur offensichtlich übertrieb, sondern sich die neuerdings wieder am Stumpfe festgestellten Wunden künstlich beigebracht hatte, wie aus deren Beschaffenheit, besonders der haarscharfen Abgrenzung sicher hervorging. Wegen des unlauteren Verhaltens mußte der Rentner die Kosten der Untersuchung und Beobachtung im Krankenhause bezahlen.

Ein Arbeiter in Luzern bekannte, sich eine Verwundung des Unterschenkels in folgender Weise beigebracht zu haben: Erst wurde die gesunde Haut mit Glaspapier wundgerieben und am folgenden Tage eine Säure auf die wunde Stelle geträufelt. Es entstand das Bild einer oberflächlichen Hautschürfung mit schmutzig grauem Belage. Die Heilung erfolgte sehr langsam. Mehrere gleich aussehende Selbstbeschädigungen kamen ungefähr zu derselben Zeit zur Beobachtung, sämtlich bei italienischen Arbeitern aus der gleichen Ortschaft, oder ihrer Umgebung.

Ein Weber erzeugte durch Bestreuen mit Kantharidenpulver eine Furunkulose des Vorderarmes und eine sich öfters wiederholende Hautentzündung mit Blasenbildung. Er wurde mehrere Male erfolglos behandelt und erschlich sich eine Vollrente. Wegen Betruges wurde er zu vier Monaten Gefängnis verurteilt.

Einen weiteren beachtenswerten Beitrag zur Frage der Erzeugung von Artefakten lieferte *Riecke,* der an Hand eines Falles den Nachweis erbringen konnte, daß es gelingt, mittels konzentrierter Kochsalzlösung nach oberflächlicher

Hautreibung eine tiefe Kutisnekrose hervorzurufen, was durch den Autor auch experimentell bestätigt wurde.

Allgemein äußert sich zur Selbstbeschädigung der Haut *Kauffmann* dahin, daß jede umschriebene, tiefgreifende Hautläsion, für deren Entstehung nicht eine zutreffende Angabe vorliege, als Kunstprodukt angesehen werden müsse. Ebenso solle jede einfache, kleinere Wunde, welche bei korrekter Behandlung in der erforderlichen Zeit nicht heile, den Gedanken an eine böswillige Einwirkung zur Verzögerung der Heilung wecken. Im gleichen Sinne betont *Ganzoni*, daß an Artefakt immer zu denken ist:

1. Bei einem merkwürdigen klinischen Befund, der keinem bekannten Krankheitsbild entspricht.
2. In Fällen, bei denen aus der Anamnese der objektive Befund nicht geklärt werden kann.

Eine strafrechtliche Verfolgung sollte nach Ansicht des Autors nur dann eintreten, wenn der Tat das bewußte Erlangen eines rechtswidrigen Vorteils zugrunde liegt. Psychopathen sollten nur ausnahmsweise belangt werden und auch eine zufällige Versicherung sollte hier keinen Grund zur Strafe bilden; hingegen sei die versicherungstechnische Ablehnung solcher Schäden die beste Prophylaxe gegen Rezidive.

Die Anwendung der Selbstbeschädigung reicht zurück bis ins Altertum. Der erste Arzt, der simulierte Krankheiten zum Gegenstand einer wissenschaftlichen Abhandlung machte, *Galen*, schildert bereits derartige Krankheiten der Haut: Πῶς δεῖ ἐξελέγχειν τοὺς προσποιουμένους νοσεῖν. (Über die Notwendigkeit der Entlarvung von Simulanten).

Eine wichtige Rolle, weshalb im folgenden auch näher darauf eingegangen sei, spielt dieses verbrecherische Vorgehen im Militär- und Heeresdienst, wo es von so manchem geübt wird, der sich seiner Pflicht für Volk und Vaterland entziehen will. Seit jeher hatten die Heere aller Nationen, von denen des alten Griechenland und Rom angefangen, besonders aber seit Einführung der allgemeinen Wehrpflicht, derartige Simulanten in ihren Reihen. Daß in Kriegszeiten die Zahl solcher Personen zunimmt, ist nicht verwunderlich; denn im Krieg finden sich Artefakte vor allem als Aus-

druck von Schreck- und Angſtpſychoſen bei Drückebergern. Ungemein häufig kamen Selbſtbeſchädigungen im Weltkrieg zur Beobachtung, ſodaß ſogar beſondere Lazarettabteilungen dafür eingerichtet werden mußten. Die Erfahrungen, die hier durch vielfache Beobachtungen geſammelt wurden, bilden eine bedeutſame Bereicherung unſerer Kenntniſſe über Artefakte.

Schock ſtellt feſt, daß die Neigung zu Artefakte ſich im Weltkrieg erheblich geſteigert hat. Er fand ſie meiſt bei geiſtig Minderwertigen und Pſychopathen. Jedoch liegt ſeiner Meinung nach nicht in allen Fällen eine ſolche krankhafte Veranlagung vor, weshalb eine Verallgemeinerung nicht ſtatthaft ſei.

v. Zumbuſch beobachtete bei den Soldaten vornehmlich gegen Kriegsende eine Häufung von künſtlich erzeugten Hautleiden, deren Zweck darin beſtand, ſich vor einer Abſtellung ins Feld zu ſichern, oder von dort wieder in die Heimat befördert zu werden. Der Autor berichtet über dieſes „traurige Kapitel," daß Sprengſtoffe, Schmieröle, Aetzmittel und oft ganz raffinierte Kompoſitionen aus verſchiedenen ſcharfſtoffigen Subſtanzen, deren Rezepte heimlich unter den Simulanten von Hand zu Hand gingen, zur Selbſtbeſchädigung verwendet wurden, ja, daß man ſogar Verbrennungen mit glühendem Eiſen dem Arzt als ſpontan entſtandene Dermatoſen vorzeigte. So leicht meiſt auch die Diagnoſe war, ſo ſchwer ſei es, beſonders als ſich die Disziplin zu lockern begann, geweſen, die Hautbeſchädigungen zur Heilung zu bringen; denn die Krankheiten wurden mit großer Liſt und oft mit einem Heroismus, der einer beſſeren Sache würdig geweſen wäre, erzeugt und in Blüte erhalten.

Waldſtein teilt Wahrnehmungen im Kriege über künſtlich erzeugte Phlegmomen mit. Er konnte ſolche an 60 Soldaten beobachten, die durch Einſpritzung chemiſcher Präparate hervorgerufen wurden. Dieſe Einſpritzungen nahm der Betreffende ſelbſt vor, oder ſie wurden von ſeinen Kameraden meiſt im Urlaub, während der Eiſenbahnfahrt oder auf den Kloſetts vorgenommen. Zum

Unterſchied von den echten Phlegmomen fand der Autor den Allgemeinzuſtand bei dieſen arteficiellen Fällen auffallend gut. Hiſtologiſch ließen ſich in den ſubkutanen und tieferen Schichten Hohlräume erkennen. Bakterien waren nicht vorhanden, dagegen im Vordergrund ſtehende Nekroſen der Haut. Meiſt waren die unteren Extremitäten befallen. Der Verlauf gliederte ſich in drei Stadien: 1. Schwellung und Rötung. 2. Blaſenbildung. 3. Nekroſe mit nur langſam fortſchreitender Heilung und Bildung kallöſer Wundränder, die eine Epitheliſierung verhinderten.

Schmidt beſchreibt eine Reihe von Fällen pſeudoveneriſcher Geſchwüre, die ſich im Laufe des Weltkrieges gehäuft hätten. Seine Fälle ſtammen alle aus demſelben Truppenteil. Es fanden ſich dabei an der Berührungsfläche von Glans und Praeputium Eroſionen, die in Größe und Form übereinſtimmten, alſo in Art eines Spiegelbildes auftraten. Die Eroſionen zeigten ſpärliche Sekretion, vergrößerten ſich nicht, ſondern heilten in einigen Tagen ab. Mikroſkopiſch fand ſich niemals die Spirochaeta refringens. Die zur Selbſtbeſchädigung verwendeten Mittel waren dabei: Aetzſoda, Nießwurz, Cuprum sulfuricum, Wolfsmilch, Getreidebrand, Zigaretten. Zuerſt wurde die Stelle mit dem Finger aufgerieben und dann das Aetzmittel angewandt und nach acht bis zehn Stunden war die erwünſchte Eroſion vorhanden. Die verwendeten Mittel hat der Autor durch Geſtändnis der Kranken in Erfahrung gebracht, oder ſie durch Unterſuchung nachweiſen können.

Riecke beobachtete einen ähnlichen Fall abſichtlicher Hautſchädigung am männlichen Genitale, die zwecks Vortäuſchung eines veneriſchen Leidens vorgenommen worden war: Es fanden ſich im Praeputialſack und an der Glans auf ſtark entzündlicher Baſis, von einem breiten, hyperämiſchen Saum umgeben, puſtulöſe Herde und erodierte, regellos geſtaltete Stellen, mit einem dünnen Eiterbelag, teilweiſe auch ſtark ſerös ſezernierend. Als Krankheitsurſache wurde der Milchſaft einer Euphorbiacee, welche im Lazarettgarten wild wuchs, nachgewieſen.

Beſonders nahe lag im Weltkrieg die Selbſtbeſchädigung

durch Schußverletzungen, die aber nach *Jankovich* als „Nahschuß"-Verletzungen die Entlarvung der Täter leicht machten, sodaß bald die Anwendung chemischer Mittel vorgezogen wurde.

Über 70 hier einschlägige Fälle hat aus der österreichisch-ungarischen Armee *Sachs* gesammelt. Darunter fanden sich bei 49 Soldaten künstlich erzeugte Hautkrankheiten und bei 21 Soldaten künstlich erzeugte Geschlechtskrankheiten. Bei den Hautaffektionen handelte es sich vorwiegend um Verätzungen und zwar meist im Bereich der Unterschenkel. Die Diagnose war gewöhnlich leicht, schwer jedoch oft die Feststellung der Ursache. Oft gelingt nach den Autor nur die Diagnose per exulusionen. Auch ihm fiel das innerhalb einzelner Truppenteile gehäufte Auftreten auf.

Zwei weitere typische Simulationsfälle bei Soldaten beschreibt *Gouin:* Bei dem ersten Fall handelte es sich um ein fünfmarkstückgroßes, scharf umschriebenes Unterschenkelgeschwür mit schorfigem Grund, das von normaler, nicht entzündeter Haut umgeben war und einem ulcerösen, zerfallenen Gumma ähnlich sah. Bei der Behandlung bekannte der Kranke, dieses Geschwür durch Kaliumbichromat hervorgerufen haben. Der zweite Soldat wies eine ekzematöse, auffallend stark vesikulöse und nässende Dermatitis am Bein auf; diese Dermatitis wurde mit Rinde von „Daphne gnidium" verursacht und solange unterhalten, daß der Kranke vier Jahre lang dienstuntauglich war. Daphne gnidium ist ein sehr gebrauchtes Volksmittel zum „Herausziehen böser Säfte".

Der Verfasser bezeichnet es als eine Notwendigkeit für den Arzt — besonders für den Militärarzt — Selbstbeschädigungen der Haut als solche feststellen zu können und die zahlreichen Mittel (Öle, Säuren, Salze, Pflanzen, Harze, Baumrinde usw.), die zur Erzeugung von Hautgeschwüren und Ausschlägen gebraucht werden, zu kennen.

Äußerst wertvoll und interessant sind ferner die von *Brauer* im Weltkrieg gesammelten und 1917 veröffentlichten Erfahrungen über Artefakte bei Soldaten. Er legt an Hand von 24 Fällen aus den Jahren 1914 1917 dar, daß man

es hierbei mit einer leider nicht seltenen Kriegsdermatose zu tun habe, die eine weit größere Beachtung verdiene, als sie bis dahin gefunden hätte. *Brauer* machte bei seinen Fällen die gleichen Beobachtungen wie *Sachs*, daß nämlich die Diagnose leicht, meist schon auf den ersten Blick gestellt werden konnte. Dagegen habe die Aufdeckung der zur Anwendung gebrachten Reizstoffe bezw. -Methoden oft größere Schwierigkeiten bereitet, denen er aber dadurch zu begegnen suchte, daß er die Kleider und mitgebrachten Gegenstände jedes zur Aufnahme kommenden Kranken sofort in Gegenwart eines Arztes untersuchen ließ, eine Maßnahme, durch die vielfach die zur Selbstbeschädigung verwendeten Mittel zutage gefördert wurden und die der Autor daher in solchen Fällen stets anzuwenden empfiehlt. Er konnte durch diese Methode bei den Simulanten u. a. folgende Mittel beschlagnahmen: spanisches Fliegenpflaster, konzentrierte Essigsäure, rohe, rauchende Salzsäure, rohe Schwefelsäure, rauchende Salpetersäure, Karbolsäure, Ätzkalk, kaustisches Alkali, Lysol, Blätter vom Hahnenfuß, Samen und Stengel von Brennesseln und Kautabak. Auch das bekannte Putzmittel Sidol wurde wegen seines Amoniakgehaltes von den Simulanten mit Erfolg benutzt. In einem Falle war erhitzter Sigellack zur Erzeugung von Blasen und Geschwüren verwendet worden. Einmal fand sich Jodoform, das sich der Betreffende mit einem, einer Tätowiernadel ähnlichen Instrument in die Haut eingeführt hatte. Einem Mann wurde in je einem Papierbeutel metallisches Quecksilber, sowie eine amalgamierte Silbermünze abgenommen. Er hatte durch Aufbinden der in Quecksilber getauchten Münze auf die Haut ein Abfließen des Metalls von der Haut zu verhindern gewußt und dadurch eine Dermatitis mit Geschwürsbildung erzeugt. Bei einem anderen, der außerdem ein ganzes Arsenal von spanischem Fliegenpflaster bei sich führte, wurde ein graues Pulver gefunden, das sich als einem Pferde ausgekämmter, mit Haaren untermischter Staub erwies, in dem sich zahlreiche, lebende Milben befanden. *Brauer* läßt es dahingestellt, ob der Simulant dieses Pulver, wie er angab, als Mittel

gegen Läuſe und Flöhe gebrauchen, oder, wie in manchen Gegenden üblich, als ſtark wirkendes, hautreizendes „Juckpulver“ verwenden wollte, oder ob er hoffte, bei ſich gelegentlich zur Abwechslung die Pferderäude zu erzeugen. In dieſem Falle hätte er allerdings ſeinen Zweck verfehlt, da es ſich bei den Milben nicht um Exemplare der allein auf den Menſchen übertragbaren Sarcoptes communis handelte. Man ſieht aus dieſen angeführten Beiſpielen, wie der Erfindungsgabe einzelner oft ſehr originelle Betätigung gelingt.

Beachtenswert in dieſer Hinſicht erſcheint noch eine weitere Mitteilung *Brauers:* Er fand bei den mit Artefakten eingelieferten Soldaten mehrfach Salben vor, die ſcheinbar einen ganz indifferenden Charakter hatten, bei deren genauerer Unterſuchung ſich jedoch eingemengte Reizſtoffe ermitteln ließen. *Brauer* gelang dies dadurch, daß er kleine Salbenmengen in Tetrachlorkohlenſtoff auflöſte. Die hierbei oft als kleinſte Pünktchen frei werdenden korpuskulären Teilchen brachte er unter das Mikroſkop und konnte ſie nicht ſo ſelten als Beſtandteile von ſpaniſchen Fliegen (von Flügeln, Flügeldecken, Fühlern uſw.) feſtſtellen; eine Beobachtung, die den Autor zu der Forderung veranlaßte, daß bei Simulanten alle nur irgendwie verdächtigen Flüſſigkeiten und Salben eingezogen werden müßten und eingehend chemiſch, ſowie mikroſkopiſch zu unterſuchen ſeien. In zweifelhaften Fällen könne man auch einen biologiſchen Verſuch machen und an kleinen Hautſtellen eine etwaige Reizwirkung des zu unterſuchenden Mittels erproben.

Bezüglich der Lokaliſation von Selbſtbeſchädigungen im Kriege weiſt *Brauer* darauf hin, daß dem Soldaten zumal in einer Zeit, in der die Schlachten „mit den Beinen“ gewonnen werden, naturgemäß Unterſchenkel und Füße als gegebenes Feld für ſeine Betätigung erſcheinen müſſen. Beingeſchwüre ſind allgemein bekannt; ihre lange Dauer, ſowie ihre ſchwere Heilbarkeit mögen vielen ein Dogma ſein. Auch war bekannt, daß ſo mancher Soldat wegen dieſes Leidens als kriegsverwendungsunfähig zurückgewieſen wurde. Wer Geſchwüre an den Beinen hatte, war ſicher, von dem

anſtrengenden Fußdienſt befreit zu werden, er kam in das Revier, oder in das Lazarett und wenn auch dort das Übel nicht weichen wollte, konnte er damit rechnen als untauglich entlaſſen zu werden.

Nach den Darlegungen *Brauers* waren 90% der von ihm im Weltkrieg beobachteten Fälle mit Artefakten Angehörige eines gewiſſen Volksſtammes und entſtammten der ländlichen Bevölkerung Weſtpreußens. Unter ihnen befanden ſich vier Brüderpaare, deren Dermatoſen eine ganz beſonders enge Verwandtſchaft in Lokaliſation, Charakter und Verlauf nicht verleugnen konnten. Bezeichnenderweiſe fühlten ſich zwei Brüderpaare anfangs bewogen, jede Verwandſchaft zu beſtreiten. Auf Grund dieſer Wahrnehmungen neigt *Brauer* zu der Annahme, daß dieſe arteficiellen Dermatoſen endemiſch und familiär auftreten können. Ähnliche Beobachtungen haben wie aus obigen Ausführungen hervorgeht, ja auch *Patry, Kauffmann* und *Sachs* gemacht.

Die Behandlung von Artefakten geſtaltet ſich nach den Angaben *Brauers* denkbar einfach, da bei ihr in der Regel die allgemeinen Vorſchriften der Wundverſorgung gelten. Er ſchlägt zur Beſchleunigung der Abſtoßung nekrotiſcher Teile zunächſt feuchte Verbände vor, ſodann feſtſitzende Okkluſivverbände, durch die es den betreffenden Perſonen unmöglich gemacht werde an die erkrankten Hautſtellen heranzukommen und dieſe von neuem zu ſchädigen. Man ſolle auch den Simulanten nicht darüber im Zweifel laſſen, daß man über die Entſtehung ſeines Hautleidens durchaus Beſcheid wiſſe. Allerdings, die Erwartung, daß Rückfälle dann nicht mehr vorkommen würden, hat ſich dem Autor bei entlarvten und ſelbſt mit Strafe bedrohten Simulanten nicht in allen Fällen beſtätigt. Unbedingt notwendig zur Prophylaxe der Selbſtbeſchädigung iſt nach ſeiner Meinung im Kriege eine Zentraliſierung aller damit behafteten Perſonen in beſonderen Lazaretten, eine Forderung, die auch von *Gouin* aufgeſtellt wird und die, wie *Dacco* berichtet im italieniſchen Heere längſt mit beſtem Erfolg Verwirklichung gefunden hat. Weſentlich iſt hierbei

noch, allen Simulanten möglichſt jeden Urlaub zu verſagen, da ein ſolcher, wie die Beobachtungen ergaben, meiſt eine Verſchlechterung bezw. ein Neuauftreten des alten Leidens brachte. Schließlich iſt auch dringend erforderlich, daß die Behandlung von Artefakten Fachärzten für Hautkrankheiten übertragen wird, die durch Erfahrungen und Fachkenntniſſe auf dieſem Gebiete zur raſchen Erkennung und entſprechenden Bekämpfung dieſes Übels die beſte Eignung beſitzen.

Bei den ſpäter beſchriebenen, in der Univerſitätshautklinik Erlangen beobachteten Artefakten handelt es ſich faſt ausnahmslos um Fälle, die nach der eingangs dargelegten Einteilung *Brauers* der erſten Gruppe entſprechen, alſo durch eine anormale pſychiſche Veranlagung, nämlich Hyſterie, ausgelöſt wurden. Es ſei daher im weiteren auch dieſe Entſtehungsart arteficieller Hautveränderungen einer eingehenderen Betrachtung gewürdigt.

Die Hyſterie darf nach der Überzeugung der modernen Pſychiatrie nicht mehr einfach als ein kliniſches Krankheitsbild betrachtet werden, das ſich wie eine innere Krankheit nach einzelnen Symptomen und Stigmen ſchildern und abgrenzen läßt, ſondern die Hyſterie ſtellt nach der neueren Lehre eine pſychogene Reaktionsform dar. *Gaupp* betrachtet die Hyſterie als eine abnorme Reaktionsweiſe auf die Anforderungen des Lebens. Als hyſteriſch bezeichnen wir nach *Kraepelin* eine nicht ſehr ſcharf umgrenzte Gruppe von Störungen, deren gemeinſame Eigentümlichkeit ihre engen Abhängigkeitsbeziehungen zu Gemütsbewegungen bilden. Sie ſind daher in der Hauptſache als Entladungen innerer Spannungen anzuſehen, wenn auch meiſt auf merkwürdigen, dem geſunden Seelenleben nicht zugänglichen Wegen. *Kraepelin* unterſcheidet hierbei im weſentlichen zwei Gruppen: Bei der großen Mehrzahl von Beobachtungen handelt es ſich um jugendliche, namentlich weibliche Perſonen (Dienſtmädchen, Kellnerinnen, Köchinnen, vorzugsweiſe ländlicher Herkunft), die nach unliebſamen Erlebniſſen (Liebesenttäuſchung, Streit, falſche Anſchuldigung, Dienſtkündigung) Erregungszuſtände oder Anfälle bekommen. Ihnen ſchließen ſich Kinder an, bei denen nach körper-

lichen Erkrankungen, Züchtigungen oder durch Nachahmung einzelne hysterische Störungen zur Entwicklung gelangen. Diese Erscheinungen pflegen sich bei geeigneter Behandlung rasch zu verlieren, um sich vielleicht nach einigen Rückfällen jenseits des 25. Lebensjahres nicht mehr zu zeigen. Anders verhält sich ein kleiner Teil der im jugendlichen Alter erkrankenden Personen, der durch das ganze Leben die Neigung zu hysterischen Störungen behält, die dann bei langem Fortbestehen ganz abenteuerliche Formen annehmen können. Hier entwickelt sich vor allem eine Gewöhnung an die Krankheitserscheinungen, ja bisweilen deren triebartige, liebevolle Pflege, die das Leiden gewissermaßen zum Lebensberuf werden läßt. Der natürliche Wunsch nach Genesung wird durch das Bestreben in den Hintergrund gedrängt, die eigenen Beschwerden in möglichst grelles Licht zu stellen, um das Interesse der Umgebung auf sich zu lenken und sich dadurch ihre Hilfsbereitschaft dauernd zu sichern. So kommt es immer wieder zu Anfällen, zu Wehleidigkeit, Übertreibung der Klagen, ständigem Arztbedürfnis bisweilen mit Drängen nach operativen Eingriffen, endlich aber, wenn dies alles noch zu schwach erscheint, zur Vortäuschung von schwereren krankhaften Störungen (Fieber, Bluterbrechen, Harnverhaltung), oder gar zur heimlichen Selbstverletzung (Hautverätzungen usw.). Meist immer finden sich dann bei solchen Personen schwere charakterliche Veränderungen als Ausdrucksformen einer Entartung, sodaß man daher bei diesen Fällen von einer „Entartungshysterie“ spricht.

Kraepelin weist weiter darauf hin, daß die bei der hysterischen Reaktion in Erscheinung tretenden körperlichen Stigmen vielfach Überreste alter Schutzeinrichtungen darstellen, wie wir sie bereits durch *Darwin* kennen gelernt haben. So deute z. B. der Selbstbeschädigungstrieb auf schwere Unzulänglichkeiten des Selbsterhaltungstriebes, insofern, als die natürlichen Regungen durch den Wunsch unterdrückt werden, die Krankheit als Waffe im Daseinskampf möglichst auszunützen! Nach den Feststellungen *Kraepelins* handelte es sich bei seinen weiblichen Hysterischen zum

großen Teil um Landmädchen. Dies sei daraus zu erklären, daß diese als jugendliche Dienstboten in die Großstadt verpflanzt, der Schwierigkeit dieses Milieuwechsels noch nicht gewachsen waren und die in diesen Fällen durch widrige Erlebnis- und Milieuwirkungen ausgelöste Hysterie sei beispielsweise als zufällige Instinktreaktion zu betrachten. Die Hysterie erweise sich demnach in erster Linie als eine Reaktionsform des unentwickelten, naiven Seelenlebens von stark instinktiver, triebmäßiger Struktur. Ihr Verschwinden mit zunehmendem Lebensalter habe seinen Grund zweifellos darin, daß die leichteren Pubertätsentwicklungshemmungen sich später meist doch noch ausgleichen und erst in dem Grade, als sich der Mensch vom Naturzustand und vom jugendlichen Alter entfernt, gewinnt die Hysterie den ausschließenden Charakter einer schwer krankhaften Abnormität auf der Grundlage der Entartung.

Auch *Kretschmer* spricht sich im gleichen Sinne aus. Nach seiner Meinung sind die hysterischen Symptome entwicklungsgeschichtlich vorgebildete Reaktionsweisen des triebhaften seelischen Untergrundes. Hysterisch nennt er daher vorwiegend solche psychogenen Reaktionsformen, bei denen eine Vorstellungstendenz sich instinktiv, reflexmäßig oder sonst wie biologisch vorgebildeter Mechanismen bedient. Die hysterische Reaktion verhält sich zur menschlichen Normalreaktion, wie der Instinkt zum Intellekt. Bei der Hysterie lassen sich in dieser Hinsicht teilweise die Erscheinungen direkt als weiter entwickelte Ausdrucksform des bei niederen Tieren als abwehrmäßige Instinkthandlung bekannten Totstellreflexes deuten.

Eine Ansicht ähnlicher Art vertritt auch *Galant*. Er stellt nämlich eine Analogie auf, zwischen dem bei manchen Käfern Chrysomeliden, Cocainelliden und Vesikantien) beobachteten physiologischen Verteidigungsreflex, der darin besteht, daß das Insekt bei Berührung eine in seinem Blute zirkulierende, giftige Substanz nach außen entleert, und den als pathologischen Verteidigungsreflex zu wertenden Erscheinungen mancher Hysterischen, so z. B. der Stigmatisierten, die, um einen Schutztalismann zu besitzen, unbewußt

Hautblutungen artificieller Art bei sich erzeugen, an den Stellen, die den Wunden des Gekreuzigten entsprechen.

Unter den gleichen Gesichtspunkten wie *Kraepelin* und *Kretschmer* die hysterische Reaktion im allgemeinen ansehen, sind natürlich auch alle Erscheinungen zu betrachten die während des Krieges bei Soldaten als Ausdruck einer Kriegshysterie oder Kriegsneurose so vielfach zur Beobachtung kamen. Hierbei bieten sich gerade auch hinsichtlich der Selbstbeschädigung oft erhebliche Schwierigkeiten bei der Entscheidung, ob eine echte hysterische Reaktion, oder eine raffinierte Simulation vorliegt; ja in manchen Fällen wird es direkt unmöglich sein, darüber ein sicheres Urteil zu fällen. Dies gilt nun nicht allein für die Kriegserscheinungen, sondern trifft auch sonst bei vielen gleichartigen Fällen zu und erklärt sich ganz allgemein einmal aus der großen Ausdehnung des menschlichen Affektlebens, weiter aus einer immerhin unscharfen gegenseitigen Abgrenzung der hier in Frage kommenden pathologischen psychogenen Reaktionsformen, nicht zuletzt aber aus dem uns überhaupt noch so schweren Einblick in seelische Vorgänge, die zur hysterischen Reaktion, bezw. auch zur Simulation führen.

Über die inneren Beweggründe zur Selbstbeschädigung, der sicher extremsten Ausdrucksform der hysterischen Reaktion, finden sich im Schrifttum die mannigfachsten Betrachtungen. *Rasch* hat die Erfahrung gemacht, daß die Kranken auf die Frage, weshalb sie die Läsionen hervorrufen, zuweilen antworten, sie müßten dies tun, eine unbezwingliche Lust überkäme sie. *Rasch* teilt in dieser Hinsicht die Meinung *Strümpels*, der die hysterischen Artefakte als eine vornehmlich im Unterbewußtsein der betreffenden Kranken vorgenommene Zwangshandlung anspricht. Auch *Bettmann* schließt sich dieser Ansicht an. *Towle* machte wiederholt folgende, im gleichen Sinne zu bewertende Beobachtung: Wenn solche Frauen erklären, daß sie die Hautveränderungen nicht selbst verursacht haben, so geschehe dies im allgemeinen im Bewußtsein vollster Wahrheit; denn sie führen diese Beschädigungen im Zustand ausgesprochener Amnesie durch. Als Ursache solcher Artefakte ließen sich häufig bestimmte

Unluſtgefühle aufdecken. *Samuel* bezeichnet die Selbſtbeſchädigung bei Hyſteriſchen ebenfalls als eine „unbewußte“ Handlungsweiſe. Die Läſionen, die gewöhnlich bei alleinſtehenden Mädchen zu beobachten ſeien, würden oft kompenſatoriſch für andere hyſteriſche Phänomene eintreten und vielfach mit ihnen abwechſeln. Sie wären dann ein phyſikaliſcher Erſatz für einen unterdrückten Gemütskomplex. Alſo, wenn auch unbewußt beigebracht, liege dieſen Verletzungen doch eine beſtimmte Abſicht zugrunde. *Freud* hätte dieſe Handlungen vom unterdrückten ſexuellen Inſtinkt hergeleitet.

In den Erörterungen, die ſich an die erſten im Schrifttum veröffentlichten Fälle von hyſteriſchen Artefakten anſchließen, findet ſich häufig die Anſchauung vertreten, als habe man es mit primär durch die Hyſterie hervorgerufenen Hautveränderungen zu tun. Man ſtößt dabei vielfach auf Bezeichnungen, wie „Hyſteriſche Spontangangrän“ oder „Pemphigus hystericus“ im Hinblick auf das Vorkommen von pemphigusähnlichen Blaſen. Letzteres erklärt ſich nach *Frieboes* einfach daraus, daß eine Anzahl von Kranken, beſonders weiblichen Geſchlechtes, die ausſprochene Neigung haben, auf alle möglichen Agentien hin, wie z. B. Eſſigſäure, mit Blaſenbildung zu reagieren; ſo ſei es ihnen teilweiſe gelungen, pemphigusartige Erkrankungen, teils mehr lokaliſierter teils diffuſer Art zu erzeugen, die großenteils auch erfahrene Ärzte irregeführt hätten.

Als einer der erſten Autoren weiſt *Darier* auf das „definitive“ Ergebnis der neueren Unterſuchungen hin, daß es eine hyſteriſche Spontangangrän bezw. einen Pemphigus hystericus im eben erwähnten Sinne nicht gibt.

Im Gegenſatz dazu ſei jedoch ein 1922 von *Bolten* beſchriebener Fall von „hyſteriſcher“ Gangrän angeführt: Bei einem neuropathiſchen Mädchen entwickelte ſich nach einer kleinen Verwundung ein markſtückgroßes, tiefes, gangränöſes Geſchwür mit hyſteriſchem Ödem des Handrückens ohne irgendwelche Zeichen von Entzündung. Bei dieſer Kranken beſtanden früher zahlreiche Störungen des vegetativen Nervenſyſtems, wie Parästhesien in den Füßen

und Händen, asthmaartige Anfälle, Dysmenorrhoe und Urticariaanfälle; außerdem allerlei „vegetative“ Stigmata; starke Dermographie, Pulsus irregularis respiratorius, mäßig starker okulokardialer Reflex. Nach der Ansicht des Autors ist freilich manche hysterische Gangrän einer Selbstverstümmelung zuzuschreiben; aber eine tief lokalisierte Ganggrän nach einem Trauma bei neuropathischen Personen sei meistens nicht künstlich. Es spiele hierbei nicht die Hysterie, sondern eine gleichzeitig vorhandene Vasomotoreninsuffizienz die Hauptrolle. *Bolten* glaubt, daß solche Gangränfälle als eine vasomotorisch-trophische Ausfallserscheinung betrachtet werden müssen.

Damit steht also den Artefakten differentialdiagnostisch ein freilich bis jetzt weder klinisch, noch ätiologisch hinreichend geklärtes Krankheitsbild gegenüber: „Die neurotische Hautgangrän“. Es ist darunter das Auftreten einer Gangrän zu verstehen, ohne daß eine äußere Schädlichkeit eingewirkt hat, oder ohne daß wenigstens die Noxe in einem entsprechenden Verhältnis zur Hautreaktion steht. Andererseits werden hierunter auch Hautnekrosen verstanden, welche in kausalgenetischer Beziehung zu greifbaren Veränderungen des Zentralnervensystems zu stehen scheinen. Im ersten Falle können nach den Forschungen von *Kreibich* Reizvorgänge am Gefäßnerven-Apparat pathogenetisch in Erwägung gezogen werden. Es tritt hierbei nach der Ansicht *Kreibichs* eine als Spätreflex zu deutende dilatatorische Hyperämie in Erscheinung, deren graduelle Steigerung zur Nekrose führen kann. Oder aber, es besteht, wie *Török* annimmt, eine toxische, auf die Blutgefäße unmittelbar wirkende Schädlichkeit, die eine analoge Reaktion am Zirkulationsapparat auszulösen vermag. So ist es nicht unwahrscheinlich, daß hämatogen-toxische und angioneurotische Faktoren nebeneinander sich auswirken und die Krankheitssymptome erzeugen. Im zweiten Falle liegen substantielle Veränderungen im Gehirn oder Rückenmark, in den Ganglien, oder in den peripheren Nerven vor und lassen in ihrer Lokalisation und Ausbreitung die trophische Hautveränderung selbstverständlich erscheinen. Dabei handelt

es ſich meiſt um eine unmittelbare Alteration von Sympathikusbahnen. Der dadurch bedingte Ausfall verſchiedener Funktionen ſpielt hier die Hauptrolle, indem nach den Ausführungen von *Mucha* durch Verluſt von Sekretion, Gefäßinnervation, Empfindungsqualitäten, Gewebsernährung und durch ſekundäre anatomiſche Gefäßerkrankung im Verſorgungsgebiet die trophiſchen Gewebsalterationen bis zur Nekroſe entſtehen.

Es iſt klar, daß in ſolchen Fällen die Differentialdiagnoſe Artefakt — Neurotiſche Gangrän Schwierigkeiten bereiten kann, denn wie auch *Jadassohn* betont, iſt die Frage der Selbſtverletzung — Hyſterie — und des Nerveneinfluſſes (Kreibich) noch umſtritten. *Babinski* meint, daß bei Hyſterie zwar trophiſche Störungen vorkommen können, die nervöſen Urſprunges ſind; aber auf keinen Fall ſei deren Urſache die Hyſterie und er könne eine Gangrän hyſteriſchen Urſprunges nicht anerkennen. Als Zeugen führt der Autor *Darier* an, der, wie ſchon oben dargelegt wurde, ebenfalls die Anſchauung vertritt: Die Hyſterie iſt nicht imſtande, trophiſche Hautveränderungen zu erzeugen. Auch *Desneux* ſpricht ſich im gleichen Sinne aus. *Jadassohn* könnte, wenn er ſich nur auf ſein eigenes Material ſtützen wollte, die Darier'ſche Darſtellung gleichfalls unterſchreiben. Er glaubt aber, daß uns die Beobachtungen von Kreibich und anderen doch eine gewiſſe Reſerve auferlegen müßten; wenigſtens hielten ſie ihn perſönlich von einem ſo abſolut negierenden Standpunkt, wie ihn Darier vertrete, zurück. Wenn das Krankheitsbild der „Neurotiſchen Gangrän" auch noch mancher Klärung bedarf, ſo muß es doch immerhin bei der hyſteriſchen Selbſtverletzung differentialdiagnoſtiſch in Betracht gezogen werden. Die einwandfreie Diagnoſe „ſpontan entſtandener" Läſionen und ſomit eine beſtimmte Abgrenzung von Artefakten iſt nach *Mucha* erſt durch exakte Krankenhausbeobachtung und Anlegung unverrückbarer und kontrollierbarer Schutzverbände möglich. Entſtehen unter dieſen neue Efflorescenzen oder zeigt ſich die Heilungstendenz der beſtehenden in keiner Weiſe beeinflußt, ſo kann Artefakt ausgeſchloſſen werden.

In ähnlicher Weiſe wie die neurotiſche Hautgangrän, verdient weiter eine im letzten Jahrzehnt im Schrifttum mehrfach beſchriebene Krankheitsform differentialdiagnoſtiſche Beachtung: „Die pſychogenen Dermatoſen.“ So iſt es in dieſer Hinſicht beſonders bei hyſteriſchen Kranken, deren arteficielle Hautveränderungen ſich als ſchwerſte Kratzeffekte erweiſen, angebracht, die Mitteilungen von *Sack* in nähere Erwägungen zu ziehen. *Sack* veröffentlicht elf Fälle von Dermatoſen auf pſychogener Grundlage. Er ſtellte bei verſchiedenen mit Ekzemen und Urticaria behafteten Kranken eine eindeutige Abhängigkeit des Krankheitsbildes von emotionellen Reizen, vielfach sexueller Natur feſt. Dies gelte nach ſeiner Meinung beſonders auch für den Pruritus. Er geht dabei von der Annahme aus, daß die Haut überſät ſei mit „Reizrezeptoren“. Bei ihrer exponierten Lage ſeien Reizungen in größerer oder geringerer Intenſität immer vorhanden und infolgedeſſen auch die pruriginöſen Senſationen; dagegen ſei die Vividität, d. h. das Aufmerkſamkeitsquantum, das für ſie zur Verfügung geſtellt wird, in der Regel ſo gering, daß ſie unbewußt verarbeitet würden. Werde dagegen die Straffheit der logiſchen Zuſammenhänge und die Behauptung einer zielſtrebigen Aufmerkſamkeitsrichtung gelockert und geſtört, wie dies beiſpielsweiſe im Ermündungszuſtand, oder bei ſenilen und pſycholabilen Menſchen der Fall ſei, ſo könnten ſich unerwünſchte, verdrängte und unerledigte Affekte, ebenſo wie ſonſt überſehene Empfindungen dazwiſchen ſchieben. So ſei auch die Entſtehung von Juckreiz und Kratzen zu erklären. Beſteht hierbei noch ein verdrängter Komplex, z. B. ſexueller Natur, ſo komme es gleichzeitig zu deſſen Löſung — zum Orgasmus. Der Autor berichtet von zwei weiblichen Kranken, die durch wildes Kratzen einen Orgasmus auszulöſen imſtande waren. Er erinnert bei dieſer Gelegenheit an *Demokrit* von Abdera, der ſchon im Altertum dieſe Beobachtung gemacht habe: Ξυόμενοι ἄνθρωποι ἥδονται καὶ σφιν γίγνεται ἅπερ τοῖσι ἀφροδισιάζουσι. (Das Kratzen beim Jucken bereitet Wolluſt, die ſich zum Orgasmus ſteigern kann!).

Auch *Bunnemann* berichtet von ſeinen Beobachtungen über pſychogene Dermatoſen zweier Kranken. Es handelte ſich um Schwellungen mit Blutaustritten und um furunkelähnliche Gebilde. *Bunnemann* konnte durch ſuggeſtive und hypnotiſche Beeinfluſſung die Prozeſſe raſch zum Verſchwinden bringen, aber auch wieder hervorrufen. Er erklärt die pſychogene Entſtehung ſolcher Dermatoſen auf die Weiſe, daß die Kranken unter dem Einfluß einmal erlebter, beſonders eindrucksvoller Erlebniſſe an ihrer Haut Erſcheinungen hervorbringen, die mit ihren Erlebniſſen in Zuſammenhang ſtehen. Der Autor verſucht dies durch die bei beiden Frauen in Hypnoſe erzeugten Hauterſcheinungen zu beweiſen, die er als äußeren Ausdruck früherer Erinnerungsbilder anſieht, ausgelöſt durch eine Aſſoziation zweier Komplexe. So aſſoziierte z. B. bei der einen Kranken ein Erinnerungsbild aus ihrer Jugend — ein bei einem Raufhandel blutüberſtrömter Mann — mit der Erinnerung an die öfters erlebte drohende Haltung ihres Mannes und es entſtanden an ihrer Haut Schwellungen mit Blutaustritten. Bei der anderen Kranken waren furunkelähnliche Gebilde an der Haut entſtanden, deren erſte Eruption anläßlich einer Pockenſchutzimpfung erfolgte, und vielleicht dadurch zu erklären war, daß bei der Kranken eine urſprüngliche Angſt vor luetiſcher Infektion ſich mit der Angſt vor einem weiteren Import von Giftſtoffen ins Blut aſſoziiert hatte. In ähnlicher Weiſe glaubt *Bunnemann* auch an die pſychogene Entſtehung eines Fluor albus. Er konnte einen ſolchen bei der zuletzt erwähnten Kranken durch Hypnoſe völlig und dauernd beſeitigen. Nach ſeiner Anſicht kommen Hyſteriſche beſonders leicht in derartige Gefühlslagen und projizieren dann Erinnerungsbilder auf ihre Haut. Er bezieht ſich bei ſeinen Ausführungen auf die Philoſophie *Vaihingers*: Nicht das was iſt, ſo wie es iſt, iſt im inſtinktiven, organiſchen Getriebe von Wirkung, ſondern das, was ſein könnte, was einem fiktionalen Urteile entſpricht.

Die erſten Publikationen über hyſteriſche Artefakte finden ſich im engliſchen Schrifttum. *E. Wilſon* hat das Krankheitsbild als „Neurotic excoriation“ in ſeinen „Lec-

tures on diseases of the skin" 1874—1875 beſchrieben, wollte aber nicht glauben, daß die Läſionen vom Kranken ſelber hervorgebracht wurden. Dies iſt ſpäter von *Liveing* und *Colcott Fox* bewieſen worden. Letzterer beobachtete 1882 bei einem 16 jährigen, hyſteriſchen Mädchen eine Menge oberflächlicher Excoriationen an den verſchiedenſten Körperſtellen. Trotzdem er überzeugt war, daß die Kranke ſelbſt die Affektion hervorrief, konnte er zunächſt auch bei Anſtaltsbeobachtung nicht ermitteln, in welcher Weiſe das geſchah. Erſt wie er dem Mädchen ſeine Vermutung direkt auf den Kopf zuſagte, geſtand dasſelbe, daß es ſich die Wunden ſelbſt beigebracht habe, teils mit den Nägeln, größtenteils aber durch fortwährendes Reiben mit den Fingerſpitzen.

In Deutſchland war *Strümpell* der erſte, der 1892 ſeine in der Erlanger Mediziniſchen Klinik erhobenen Beobachtungen über ſchwere Selbſtbeſchädigung bei einer Hyſteriſchen veröffentlichte. Da dieſer Fall das Krankheitsbild der hyſteriſchen Artefakte und deſſen Verlauf in direkt klaſſiſcher Form darſtellt, ſei die folgende Wiedergabe eine ausführlichere und getreuere: Die 26 jährige Babette W. war am 15. Februar 1890 in die Erlanger Mediziniſche Klinik ärztlich eingewieſen worden mit der Angabe, daß es ſich wahrſcheinlich um einen ſehr merkwürdigen, äußerſt intereſſanten Fall von ſogenannter „ſpontaner Gangrän" handle. Nach Ausſage des Arztes beſtand das Leiden ſchon ſeit neun Jahren und zwar in der Weiſe, daß bald an den Armen, bald an den Beinen, zuweilen auch im Geſicht, ohne jede nachweisbare Veranlaſſung umſchriebene Rötung und Schwellung der Haut auftraten und dann nach Verlauf weniger Tage in eine ausgeſprochene Gangrän übergingen. Aus der von der Kranken ſelbſt erhobenen Anamneſe ging hervor, daß eine nervöſe Erkrankung in ihrer Familie nicht beſtand. Sie ſelbſt war bis zum 17. Lebensjahr immer geſund. Etwa ein Jahr ſpäter bekam ſie den erſten „ſchwarzen Fleck" an der Wange, welchem ſpäter in verſchieden langen Zwiſchenpauſen die anderen Flecke gefolgt ſeien. Vier Jahre zuvor hatte die Kranke Zwillinge

geboren, die aber bald nach der Geburt wieder ſtarben. Während der Schwangerſchaft und auch ein Jahr lang nach der Geburt traten keine kranken Stellen an der Haut auf. Seit neun Jahren, im Anſchluß an eine Lungenentzündung, litt ſie bald ſeltener, bald häufiger an Anfällen (zuweilen 6—7 mal an einem Tage), wobei ſie bewußtlos zu Boden ſtürzte und dann in Krämpfe verfiel.

Als die Kranke nach ihrer Aufnahme in die Klinik von *Strümpell* unterſucht wurde, war nur an der Außenſeite des linken Unterſchenkels eine etwa handtellergroße Ulceration vorhanden mit brandigem, übelriechenden Grund. Dieſes Geſchwür beſtand angeblich ſchon ſeit einigen Wochen. Friſche Stellen der Erkrankung waren nirgends ſichtbar, dagegen war die Haut beider Beine, beider Arme und der rechten Wange durch ausgedehnte, alte, ſtrahlige, zum Teil hypertrophiſche Narben entſtellt, ähnlich wie man ſie etwa nach geheilten, ſchweren Verbrennungen ſieht. Sonſtige krankhafte Erſcheinungen wurden an dem übrigen blaſſen, ſchlecht genährten, geiſtig wenig regſamen Mädchen zunächſt nicht beobachtet. Vier Tage ſpäter war früh mit einem Male auf der Haut in der Mitte der linken Wade eine etwa handtellergroße Stelle bemerkbar, welche leicht geſchwollen war, eine etwas fleckige Rötung und auf dieſer eine Anzahl kleiner Bläschen zeigte. Am Abend desſelben Tages hatte die Entzündung noch zugenommen und in der Mitte der oben beſchriebenen Stelle fand ſich bereits eine beginnende, grüngelbe, brandige Verfärbung der Haut. Die Kranke klagte über etwas Brennen an der entzündeten Stelle und äußerte ſich zugleich, ſie würde wahrſcheinlich „jetzt auch ihren Anfall bekommen“. Und richtig kurz darauf trat derſelbe ein — ein typiſcher, hyſteriſcher Krampfanfall mit Verdrehung der Augen nach oben, Streckung des Rumpfes und heftigen, ſchlagenden Bewegungen in Armen und Beinen. Der Anfall hörte bald wieder auf. Am folgenden Tage war auch am linken Vorderarm eine etwa talergroße, ſtark entzündete Hautſtelle entſtanden. Nun ſchöpfte *Strümpell* Verdacht auf hyſteriſche Artefakte. Abends, als die Kranke ſchon im Bett lag, ging er unver-

mutet zu ihr, führte sie selbst direkt aus dem Bett im Hemde in ein anderes Zimmer, wo sie eingeschlossen wurde. Dann wurden ihre Sachen und ihr Bett genau untersucht, und — im Bett versteckt fand sich ein großes Stück Ätznatron! Als dieses der Kranken gezeigt wurde, gestand sie auch nach einigem Zureden, daß sie sich damit selbst seit Jahren die Geschwüre beigebracht hätte.

Strümpell machte zum Überfluß mit dem Ätzmittel auch noch selbst an der Kranken einen Versuch in der Weise, daß er mit dem etwas angefeuchteten Stück eine kleine Hautstelle einrieb. Es entstand daselbst nach kurzer Zeit genau die gleiche Dermatitis, wie an den anderen frisch erkrankten Stellen und *Strümpell* zweifelte nicht im mindesten daran, daß man durch wiederholtes Ätzen auch hier ein tiefes, brandiges Geschwür hätte hervorbringen können. Bemerkenswert erschien ihm der Umstand, daß die Kranke nach dieser Entdeckung gar keine besondere Verlegenheit oder Beschämung zeigte. Sie verblieb in ihrem gewöhnlichen, stupiden Verhalten und erst auf wiederholtes Fragen, zu welchem Zwecke sie sich denn in dieser Weise verletzt hätte, antwortete sie: „Weil es mich immer in der Haut so juckte". Wie *Strümpell* bei der Kranken noch feststellen konnte, bot sie außer einer sehr beträchtlichen Abstumpfung des Geschmackes (Chinin schmeckte ihr „nach gar nichts") auch eine beträchtliche Analgesie der Haut dar. Man konnte ihr allenthalben eine aufgehobene Hautfalte mit einer Nadel ganz durchstechen, ohne daß sie die geringste Schmerzäußerung laut werden ließ. Daß diese Analgesie die eigentümlichen Manipulationen der Kranken erleichterte, ist, wie *Strümpell* meint, klar. Nach Auffinden des Ätznatrons traten bei der Kranken keine neuen Hautentzündungen mehr ein und die alten heilten prompt ab. Über den inneren Beweggrund der Kranken zu dieser Selbstbeschädigung glaubt *Strümpell*, daß vielleicht die Sucht „sich interessant zu machen" von dem Zeitpunkt mit im Spiele gewesen sein könnte, als sie bemerkte, daß ihrem Zustand besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Im wesentlichen aber ist *Strümpell*, wie schon erwähnt, der Ansicht, daß die hysterischen Arte-

fakte eine Art Zwangshandlung darſtellen, die meiſt im Unterbewußtſein hervorgerufen würden und mit allerlei krankhaften Vorſtellungen (z. B. religiöſen Wahnideen u.a.) verbunden ſeien.

Raſch berichtet über einen 1912 beobachteten Fall von ſogenannter hyſteriſcher Dermatoſe folgendes: Ein 17jähriges Mädchen vom Lande war ſeit über zwei Jahren mit einem Hautleiden behaftet, das ſchon von verſchiedenen Ärzten unter verſchiedenen Diagnoſen behandelt wurde. Von der letzten Dienſtſtelle, wo die Kranke ſich aufgehalten hatte, wurde mitgeteilt, daß ſie ſchwach begabt ſei und große Unluſt zur Arbeit zeigte. Sie bleibe unter verſchiedenen Vorwänden gerne zu Bette liegen und gebe an, ſich im Bette am wohlſten zu befinden. Die Hautaffektion ſoll in den beiden letzten Jahren faſt ſtändig in ſtärkerem oder geringerem Grade vorhanden geweſen ſein. Die Kranke, die verſchloſſen und zurückhaltend war, und einen Anſtrich von Eigenſinn und mürriſchem Weſen zeigte, bot ein ſehr merkwürdiges Ausſehen dar: Ihre Haut war in großer Ausdehnung von zuſammen ungefähr 130 ſtreifenförmigen Exkoriationen, oder pigmentierten Flecken, als Folgezuſtand derſelben, von in der Regel 6—7 cm Länge und 1—2 cm Breite bedeckt. Der größte Teil derſelben fand ſich auf der Vorderfläche des Körpers und der Glieder, eine geringere Anzahl am Geſäß und in der Regio lumbalis, während der Rücken und die Rückſeite der Glieder nahezu frei waren. An den verſchiedenen Körperteilen hatten ſämtliche Flecken eine beſtimmte Richtung, indem ſie untereinander ſogut wie parallel liefen. So waren ſie am Unterleibe in Querrichtung, auf der Innenſeite der Schenkel ſchräg von unten innen nach oben und außen, an der Außenſeite der Schenkel parallel mit der Längsachſe gerichtet. Die Stellen waren teils mehr oder minder lebhaft gerötet, teils rotbraun pigmentiert; auf einem Teil derſelben ſaßen eingetrocknete, dünne, teilweiſe blutgefärbte Schorfe, die leicht entfernt werden konnten. Der Rücken war vom Angulus scapulae aufwärts vollſtändig frei; dasſelbe galt von der Vorderſeite der Schienbeine und den Füßen. Die

Unterſuchung des nervöſen Verhaltens der Haut zeigte folgendes: Die Kranke reagierte in keiner Weiſe auf Stecknadelſtiche, gleichviel, wo und wie tief ſie geſtochen wurde. Die Analgesie ſchien ſomit eine totale zu ſein. Schlund- und Cornealreflexe waren vorhanden. Die übrige Unterſuchung ergab nichts Abnormes. Während des Aufenthaltes in der Klinik erſchien nur ein einziges Mal, nach einem kleinen Streit mit der Krankenpflegerin ein kleiner, neuer Streifen auf der rechten Wange; ſonſt zeigten ſich jedoch keine neuen Hautveränderungen. Die alten Stellen wurden blaſſer und blaſſer und heilten völlig ab. Am Entlaſſungstage wurde die Kranke beiſeite genommen und gefragt, auf welche Weiſe ſie eigentlich die Streifen hervorbrächte. Erſt wollte ſie nicht antworten, als ihr jedoch verſprochen wurde, der Krankenſchweſter auf der Stube nichts davon zu erzählen, teilte ſie mit, daß ſie die Streifen hervorbrächte, indem ſie mit dem Daumen, der mit einer dicken und harten Oberhaut verſehen war, an der betreffenden Stelle feſt hin und her riebe. Gleichzeitig demonſtrierte ſie ihre Methode ad oculos. Die Frage, weshalb ſie dies täte, wollte ſie nicht beantworten.

Einen weiteren in mancher Hinſicht bemerkenswerten Fall von arteficieller Kutisnekroſe hatte *Riecke* Gelegenheit zu beobachten: Ein 20jähriges ſonſt geſundes Mädchen, aus ſtark pſychiſch belaſteter Familie ſtammend, litt ſeit etwa acht Jahren an einem hartnäckigen, ſcheinbar jeder Behandlung trotzenden Hautleiden des Geſichtes, das in Geſtalt von ſchorf- und kruſtenbedeckten Stellen, von roten und rotbraunen Flecken in unregelmäßiger Formgeſtaltung verlief. Primäreffloreſcenzen einheitlicher Art waren nicht feſtzuſtellen. Unter den Kruſten und Schorfen traten mehr oder weniger tiefgreifende Epithel- und Kutisdefekte zutage. Keine ſubjektiven Störungen begleiteten dieſe Erſcheinungen. Die verſchiedenartigſten Heilverfahren verſagten. Eine in kliniſcher Beobachtung durchgeführte völlige Abdeckung der Geſichtshaut mittels eines einfachen ſterilen Mullecollodiumverbandes führte zur reſtloſen Abheilung aller friſcheren und älteren entzündlichen Erſcheinungen. Objektiv

wichtige Merkmale für die Diagnoſeſtellung Artefakte waren der Mangel an typiſchen Primäreffloreſcenzen, die Regelloſigkeit in Verlauf und Anordnung der Herde, die Formdifferenzen und insbeſondere die ungleichmäßige Tiefe der Defekte und das Ausbleiben von Folgeerſcheinungen bei ſo langjährigem Beſtande. Dazu kam ein offenbar pathologiſcher Einſchlag hinſichtlich der pſychiſchen Veranlagung. Ein ſtark exaltiertes Weſen, ein oft unmotiviert ſich einſtellender Erregungszuſtand, ein mit unermüdlicher Konſequenz und einer gewiſſen Leidenſchaftlichkeit immer wiederholtes Jammern über den beklagenswerten Zuſtand, das nie von Weinen begleitet war, endlich ein gewiſſer Hang nach Einſamkeit waren in dieſer Richtung gleichfalls bemerkenswerte Erſcheinungen. Beſonders beweiskräftig aber für die Auffaſſung des vorliegenden Krankheitsbildes als eines Artefaktes ſpricht *Riecke* den Erfolg der Behandlung an, d. h., die glatte Abheilung unter Okkluſivverbänden. Ihren endgültigen Beweis erhielt die Diagnoſe durch die Überführung der Kranken. Bei unmittelbarer Beaufſichtigung konnte feſtgeſtellt werden, daß ſie ihre Hautveränderungen durch Kratzen mittels der Fingernägel erzeugte. Aber auch ſchon die Art der Defekte und Narben in ihrem ſchrägen Verlauf, ihrer dreieckigen, ovalen und ſonſt unregelmäßig länglichen und ſeitlich verzogenen Geſtaltung hätte nach der Meinung des Autors auf dieſen Mechanismus beim Zuſtandekommen der Hautveränderungen ſchließen laſſen. Merkwürdig erſchien bei der Kranken noch das völlige Fehlen einer Hypäſthesie oder Anäſtesie der Haut; denn die Kraftentfaltung, welche aufgebracht werden muß, um auf intakter Haut ſo tiefgreifende Läſionen zu erzeugen, iſt beträchtlich und löſt normalerweiſe lebhafteſte Schmerzempfindung aus. *Riecke* glaubt daher, daß mangels hyſteriſcher Stigmata eine pſychiſche Deviation bei der Kranken wohl ſicher angenommen werden muß, zumal irgendwelche Beweggründe ſozialer oder ſonſtiger Art nicht in Betracht kamen.

Cubero beobachtete folgende, durch eine Hyſteriſche vorgetäuſchte, ulceröſe Veränderungen: Ein 18 jähriges

Mädchen erſchien im Ambulatorium mit der Angabe ſie hätte durch einen Schlag Wunden erlitten, die zwar nicht ſchmerzten, aber nicht zuheilen wollten. Es fanden ſich am rechten Unterarm und Schenkel Hautläſionen, die nicht durch einen Stoß entſtanden ſein konnten, ſondern wie Verätzungen ausſahen. Keine Beſſerung trotz verſchiedener Behandlung. Auffallend war die Heiterkeit der Kranken, die bei neuerlicher Unterſuchung wieder typiſche, durch ein Ätzmittel hervorgerufene Ulcera zeigte. Die Kranke hatte keinen Rachenreflex und eine herabgeſetzte Schmerzempfindlichkeit. In die Enge getrieben geſtand ſie, ſich die Verätzungen ſelbſt durch Lauge zugefügt zu haben. Darauf prompte Heilung.

Fiſcher erwähnt Beobachtungen über Artefakte bei einer gleichzeitig an Meſenterialdrüſentuberkuloſe leidenden Kranken: Seit einigen Tagen zuerſt an der linken Wange plötzliches Auftreten von oberflächlichen Nekroſen und näſſenden Stellen am Rumpf, die in ihrer Begrenzung, Form und kliniſchem Ausſehen den Eindruck von Artefakten machten; befallen waren nur Stellen, die mit der rechten Hand zu erreichen waren; man ſah deutliche Zeichen von Scheuern und von Verätzungen (linke Wange). Urſache angeblich unbekannt. Infolge ihres Leidens zeitweilig Abusus von Narkoticis. Hyſteriſche Symptome waren nicht vorhanden, aber Neigung, ſich intereſſant zu machen mit genitaler Betonung (Forderung häufiger vaginaler Unterſuchungen u. ä.).

Ein weiterer typiſcher Fall von hyſteriſcher Selbſtbeſchädigung mit einem auffallenden kliniſchen Bild wird von *Polland* veröffentlicht: Die Kranke, eine 26jährige Magd, gab an, in letzter Zeit einige Male Krampfanfälle erlitten zu haben, wobei ſie bewußtlos zu Boden gefallen ſei. Seit vier Wochen hätten ſich unter heftigem Juckreiz braune Flecken und Geſchwüre auf der Haut gebildet; dieſe ſeien ganz von ſelbſt entſtanden, ſie habe nie irgendwelche Manipulationen an der Haut vorgenommen. Das hervorſtechendſte Charakteriſtikum dieſer Hautaffektion bildeten 5—10 cm lange, ca. 1 cm breite, ſtark pigmentierte Streifen,

die faſt durchwegs zu zwei oder drei parallel angeordnet waren, im übrigen aber in den verſchiedenſten Richtungen verliefen und ſich ſtellenweiſe ſogar überkreuzten. Sie fanden ſich am ganzen Körper mit Ausnahme jener Stellen, die den Fingern unerreichbar waren und des Geſichtes. Bei näherer Betrachtung zeigte ſich, daß man es hier mit oberflächlichen Narben zu tun hatte und zwar verſchiedenen Alters; dementſprechend repräſentierten ſich auch die friſcheſten dieſer „Efflorescenzen", die ſich über den Brüſten fanden, tatſächlich als noch mit Blutkruſten bedeckte, ſtellenweiſe tief ins Corium reichende, ſtreifenförmige Subſtanzverluſte. Nach Beſchaffenheit und Anordnung dieſer Phänomene konnte wohl kein Zweifel darüber herrſchen, daß es ſich um ungewöhnlich energiſche Kratzeffekte handeln müſſe. Das ergab ſich aus der den Fingern entſprechenden parallelen Anordnung der Streifen, ihrer Verſchmälerung an beiden Enden und vor allem aus der Richtung der einzelnen Streifengruppen, die genau der Richtung entſprach, in der man die einzelnen Körperpartien zu kratzen pflegt und wobei die nicht leicht erreichbaren Stellen frei geblieben waren. Hingegen ſah man an ſolchen Stellen, die für beide Hände gleich leicht erreichbar ſind, z. B. an der Bruſt und der Kreuzbeingegend, die Streifengruppen ſich überkreuzen. Die Kranke blieb beharrlich bei der Angabe, daß die Affektion von ſelbſt entſtanden ſei. Die friſchen Kratzwunden heilten raſch ab; neue erzeugte ſie während der Beobachtung nicht. Die Erklärung zu der Frage, woher die Kranke den Heroismus nahm, ihre Nägel ſo tief in die Haut zu ſchlagen, ergab ſich aus der Unterſuchung des Nervenſyſtems. Hierbei fand ſich neben anderen typiſchen Zeichen der Hyſterie eine ausgebreitete, ſehr ſtarke Herabſetzung der Schmerzempfindung der Haut; man konnte ihr an allen möglichen Stellen Nadeln tief hineinbohren, ohne daß ſie die geringſten Abwehrbewegungen machte. Sie hatte alſo auch beim Kratzen offenbar keinerlei beſondere Schmerzempfindung. Mit dieſer Beobachtung decken ſich die Feſtſtellungen von *Strümpell* und *Frieboes*. *Polland* erachtet es nun bei ſeinem Falle für wahrſcheinlich, daß die

an ſtarken Juckanfällen leidende Kranke genötigt geweſen ſei, ſehr heftig zu kratzen, um durch eine andere Empfindung den Juckreiz zu übertäuben. Man könne es ſich gut vorſtellen, daß es ihr ſelbſt gar nicht ſo vorkam, als ob ſie beſonders heftig gekratzt hätte, da ſie eben nichts ſpürte.

Einen hinſichtlich der Pathogeneſe intereſſanten Fall von hyſteriſchen Artefakten beobachtete *Buſchke:* Ein 20 jähriges Mädchen zeigte ſeit 3 Monaten auf dem rechten Handrücken ein ziemlich ausgedehntes Geſchwür, zum Teil noch mit nekrotiſcher Epidermis. Aſpekt ähnlich wie nach Carbolätzung. Schwere Hysterica. Unter feſtem Verband Heilung. Eine beſondere Beachtung erſchien bei dieſer Kranken deshalb angezeigt, da ſie Linkshänderin war und ſich daraus die Lokaliſation der Selbſtbeſchädigung am rechten Handrücken erklärte.

Aus neuerer Zeit ſei noch eine Veröffentlichung von *Ganzoni* erwähnt. Er berichtet über drei Fälle von ſicheren Artefakten, wovon zwei zugegebenermaßen mit konzentrierter Salzſäure erzeugt wurden. Im dritten Fall blieb die Urſache unaufgeklärt: offenbar pſychopathiſche Kranke, die ſich aus wahrſcheinlich erotiſchen Motiven große Ätzwunden am Unterbauch und auf der Vorderſeite der Oberſchenkel beigebracht hatte.

Wie weit ſich die Grenzen für den Begriff „Artefakt“ ziehen laſſen, ſei aus einer freilich etwas fernliegenden, aber immerhin beachtenswerten Feſtſtellung von *Frieboes* erſichtlich. Darnach kann unter Umſtänden auch einmal eine Idioſynkraſie, ſofern der Kranke ſich ſeiner Überempfindlichkeit bewußt iſt, der Selbſtbeſchädigung dienen und zu einer Täuſchung des Arztes verwendet werden. Derartige Hautausſchläge ſeien dann jederzeit als Artefakte anzuſprechen.

Zuſammenfaſſend läßt ſich über das kliniſche Bild der Artefakte ſagen, daß es, entſprechend den ſo verſchiedenartigen zur Selbſtbeſchädigung verwendeten Mitteln, einen ſehr mannigfaltigen Charakter trägt. So laſſen ſich denn auch die einzelnen Symptome unmöglich alle in ihren Einzelheiten ſchildern. Neben einfachen Verfärbungen können

Hautblaſen, Aetzſchorfe und tiefgehende Ulcerationen, ja ſogar eine weitgehende Gangräna cutis vorliegen. Gleichzeitig können auch ſekundäre ekzematöſe Veränderungen das kliniſche Bild verwiſchen und damit die Diagnoſe erſchweren. Von Wichtigkeit iſt immer die Geſtaltung der Herde, vor allem die Ungleichmäßigkeit der Hautzerſtörungen in Bezug auf Form und Tiefe. Neben runden können eckige, polygonale, längliche Defekte vorliegen, neben breiten, ſchmale, neben langen, kurze. Die Ränder können zwar ſcharf umſchrieben und glatt ſein, oft aber ſind ſie auch buchtig, und ganz regellos gezahnt. Man kann weiter ſehr häufig beobachten, daß bei dem Aufbringen einer ätzenden Flüſſigkeit auf die Haut in die Umgebung verſpritzte Tropfen zu kleineren Nekroſen führen. Vielfach kommt es auch an der Haut zum Herablaufen von Tropfen der aufgebrachten Aetzflüſſigkeit, was dann zu charakteriſtiſchen, ſtrichförmigen Rötungen und nach Abklingen der Entzündung zu ſtrichförmigen Pigmentationen führt. (*Frieboes*). *Frieboes* gibt als ein weiteres, bisweilen zu beobachtendes Merkmal des kliniſchen Bildes ſtrichförmige, ſich kreuzende Veränderungen in der Nähe des Hauptherdes an, welche dadurch bedingt ſind, daß durch das verwendete Agens ſtarker Juckreiz ausgelöſt wird und die Kranken dann mit beiden Händen kratzen, wobei die Aetzflüſſigkeit in dieſer ſtrichförmigen Anordnung über die Haut verwiſcht wird. Auf ſolche ſich kreuzende, ſtrichförmige Hautveränderungen iſt auch in dem oben angeführten Fall von *Polland* hingewieſen. Dieſe akzidentellen, immer auf Artefakt deutenden Symptome werden allerdings von raffinierten Perſonen, die eine gewiſſe Fertigkeit in der Selſtbeſchädigung erreicht haben und durch frühere Entlarvungen gewitzigt ſind, meiſt vermieden. Das kliniſche Bild des Artefaktes weiſt oft gewiſſe Merkmale auf, aus denen unter Umſtänden auf die zur Erzeugung verwendeten Mittel geſchloſſen werden kann. So verurſachen z. B. rauchende Salzſäure und Salpeterſäure gelbe, Schwefelſäure durch Verkohlung ſchwarze Schorfe, von einem derben, lederartigen Charakter. Durch ätzende Pflanzen werden in der Regel weißliche Schorfe gebildet.

Laugen pflegen ſchmierig-weiche, feuchte, ebenfalls weißlich verfärbte Schorfe hervorzurufen, die bisweilen zu recht tiefreichenden Hautgeſchwüren führen können. Freilich die Zahl der chemiſch wirkenden Mittel iſt ſo groß, und die Art ihrer Wirkung doch verhältnismäßig ſo wenig grundſätzlich verſchieden, daß man von vornherein nur ſehr ſelten ein beſtimmtes Mittel mit Sicherheit anſchuldigen kann.

Neben den eben angeführten charakteriſtiſchen Merkmalen des kliniſchen Bildes kann für eine künſtlich herbeigeführte Hautveränderung weiter ihre Lokaliſation bezeichnend ſein. Es ſind nämlich meiſt die Gegenden der Haut befallen, welche mit den Händen leicht erreicht werden können, ſodaß die Vorderfläche des Körpers vornehmlich der Sitz ſolcher Veränderungen iſt. Die rückwärtig gelegenen Körperpartien dagegen bleiben in der Mehrzahl der Fälle frei. Einen oft als typiſch für Linkshänder angeſprochenen Befund ſoll das mit Krankheitserſcheinungen bevorzugte Befallenſein der rechten Körperhälfte bilden. Wenn ſich dies auch in vereinzelten Fällen feſtſtellen läßt, ſo wird man es doch wohl kaum verallgemeinern dürfen, vor allem nicht dahingehend, daß ſich bei Rechtshändern dann die Hauterſcheinungen mehr auf der linken, wie auf der rechten Seiten finden. An dieſer Stelle ſei auch nochmals an eine vielfach zu beobachtende unterſchiedliche Lokaliſation der Hautveränderungen bei Hyſteriſchen und Simulanten erinnert, die darin beſteht, daß die Hyſteriſchen, um aufzufallen und Intereſſe zu erregen Geſicht, Hände, Brüſte und Genitalregion bevorzugen, während die Simulanten eine jeweilig ihrer Abſicht zweckdienlich erſcheinende Körperſtelle zum Sitz der Artefakte wählen.

Die Diagnoſe Artefakte läßt ſich alſo wie eben dargelegt, häufig aus dem kliniſchen Bild und der Lokaliſation der Erſcheinungen ſtellen. Oft erhellt ſie auch ſchon beim Erheben der Anamneſe aus den meiſt gar nicht mit dem kliniſchen Bild im Einklang ſtehenden und daher ſofort als unglaubwürdig erſcheinenden Angaben der Kranken. In Zweifelsfällen kann man auf das Vorliegen einer Selbſtbeſchädigung auch aus der Behandlung ſchließen, d. h. aus

dem glatten Abheilen der Hautveränderungen unter Okklusivverbänden, durch die dem Kranken eine weitere absichtliche Reizung der betreffenden Stellen unmöglich gemacht wird. Allen Schwierigkeiten, welche die Diagnosestellung bei Artefakten früher gemacht hat, läßt sich leichter begegnen, seit *Brauer* mit seinen Hinweisen auf die für Selbstbeschädigungen charakteristischen Merkmale direkte, im folgenden wiedergegebene Leitsätze für die Diagnose der Artefakte aufgestellt hat:

1. Jede spontan entstandene Krankheit hat in Bezug auf ihre Ursache etwas Logisches, Natürliches, innerlich Berechtigtes. Vorgeschichte, Aussehen und Verlauf der absichtlich erzeugten Hautaffektion lassen auf den ersten Blick diese Logik vermissen, erscheinen unmotiviert und unerklärlich.

2. Als Lokalisation sind die Stellen beliebt, an denen schon früher eine Erkrankung bestanden hatte.

3. Die Kranken geben auf Befragen Ursachen an, die zu dem vorliegenden Bild durchaus nicht passen. Eine ersichtliche Entstehungsursache fehlt jedoch, z. B. bei Unterschenkelgeschwüren das Vorhandensein von Lues, Tuberkulose, Varicen.

4. Die drei Stadien jeder Hautaffektion: Entwicklung, Höhepunkt, Rückbildung sind fast nie vorhanden. Meist sieht man die Affektion erst im Höhepunkt.

5. Auffällig ist eine Stereotypie der Erscheinungen, die zurückzuführen ist auf die immer gleichartige Anwendung des gleichen Mittels von dem einzelnen Kranken. Alle Artefaktbilder zeigen außerdem noch eine innere Ähnlichkeit: Man findet nämlich in der Hauptsache nur immer Blasen und Nekrosen bezw. Geschwüre.

6. An den Affektionen selbst ist typisch die scharfe Begrenzung und die bizarre Gestalt. Oft bestehen hochgradige, akut entzündliche Erscheinungen mit lokalisierter Temperaturerhöhung, frischer Rötung, frisch entzündlicher Schwellung bei Affektionen, die angeblich mehrere Jahre alt sind. Die Verschlimmerung solcher Veränderungen erfolgt nie in Form einer regelmäßigen Vergrößerung, son-

dern durch Apposition oder Superposition und zwar dann, wenn das Geschwür beinahe abgeheilt war.

In fast gleicher Weise wie *Brauer* macht *Carpintero* zur Erleichterung der Diagnose vorgetäuschter oder künstlich unterhaltener Dermatosen auf bestimmte Anhaltspunkte aufmerksam, die bei fraglichen Hautveränderungen stets beachtenswert erscheinen: Darnach soll man den Kranken immer bei Tageslicht gründlich untersuchen und dabei überlegen, ob die angegebenen Krankheitsursachen dem klinischen Bilde entsprechen. Ferner ist es wichtig, ohne bei dem Kranken Verdacht zu erwecken, sich nach den verschiedenen Phasen der Hauterkrankung und den von ihm selbst angewandten Mitteln zu erkundigen. Wenn irgend möglich soll ein Kranker mit unglaubwürdigen Angaben isoliert und scharf beobachtet werden. Für die Diagnose derartiger artificieller Dermatosen sei folgendes ausschlaggebend: 1. Welchen Erfolg hat der Kranke durch die Simulation? 2. Negativer Erfolg sämtlicher bakteriologischer Untersuchungen. 3. Mehrfache Widersprüche des Kranken bei der Erhebung der Anamnese. 4. Rasche Heilung bei strenger Überwachung. 5. Häufiges Recidivieren und Wechseln der klinischen Symptome. 6. Beobachtung des Kranken ohne sein Wissen.

Was die Differentialdiagnose bei den artificiellen Hautveränderungen betrifft, so kommt hier neben der „Neurotischen Hautgangrän" und den „Psychogenen Dermatosen", die im vorstehenden bereits einer eingehenden Betrachtung gewürdigt wurden, ganz besonders noch ein weiteres Krankheitsbild in Betracht, das Gegenstand vieler Streitfragen geworden ist, die Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica. Es handelt sich dabei um eine im Jahre 1912 von *Matzenauer* und *Polland* beschriebene, eigenartige Hautaffektion, deren charakteristische Merkmale kurz folgende sind:

1. Sie tritt nur beim weiblichen Geschlecht auf, und zwar meist bei jungen Mädchen bald nach der Pubertät.

2. Die Menstruation ist bei den Kranken überhaupt noch nicht aufgetreten, oder bald von sehr langen Menopausen unterbrochen worden, sehr unregelmäßig und spärlich.

3. Das Weſen der Hauterſcheinungen beſteht im raſchen Auftreten von Hautnekroſen aller Grade, die ſtets ihren Ausgang von den Follikeln der Haut nehmen und ſich in Geſtalt verſchieden großer Herde von Streifen- oder Fleckenform präſentieren, die faſt ſtets an ſymmetriſchen Hautſtellen auftreten.

4. Nach der jeweiligen, bei den verſchiedenen Fällen ſehr wechſelnden Intenſität des Prozeſſes kommt es an den befallenen Stellen zu verſchieden ſtarken Zerſtörungen der Haut, die von einer einfachen Abſchuppung der Hornſchicht oder blaſenförmigen Abhebung der Epidermis bis zur vollkommenen Nekroſe der ganzen Cutis ſich ſteigern können.

5. Infolgedeſſen bleiben ſehr oft mehr oder weniger ſtarke Narben zurück.

6. Der Verlauf iſt ſehr chroniſch und kann ſich in immer wieder auftretenden Nachſchüben jahrelang hinziehen.

7. Mit dem Eintreten einer normalen Genitalfunktion hört der Prozeß auf.

8. Bei einigen Fällen zeigten ſich gewiſſe Anomalien des Geiſteslebens, offenbar pſychogener Natur, die mit den Menſtruationspſychoſen wahrſcheinlich in eine Reihe zu ſtellen ſind.

9. Die Urſache der Erkrankung iſt eine abnorme Funktion der Ovarien; es kommt dadurch zu parenteralem Zerfall von Ovarialeiweiß, welches im Blute kreiſt und ſo die Dermatoſe veranlaßt.

10. Therapeutiſch ſcheint daher die ſyſtematiſche Darreichung von organiſchen Ovarialpräparaten einen günſtigen Einfluß auf den Prozeß auszuüben.

Das Krankheitsbild der Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica iſt ein ſehr viel umſtrittenes, demgegenüber verſchiedene Autoren, wie beſonders *Raſch* und *Brauer* einen völlig ablehnenden Standpunkt einnehmen. Sie glauben, daß es ſich bei dieſen Hauterſcheinungen lediglich um Artefakte handle. Daß jedoch dieſe Anſchauung eine irrige iſt, wird durch *Eckardt* in einer Arbeit aus unſerer Klinik eindeutig klargeſtellt unter Hervorhebung der hauptſäch-

lichſten Unterſchiede zwiſchen Artefakten und der Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica:

Brauer gibt als auffallende Eigenſchaft der Artefakte an, daß von den drei ſichtbaren Stadien jeder Hautaffektion, der Entwicklung, dem Höhepunkt und der Rückbildung, bei den abſichtlich erzeugten Hautkrankheiten faſt niemals das erſtere wahrnehmbar iſt, ſondern meiſt ſchon das Bild auf ſeinem Höhepunkt in Erſcheinung tritt. Dieſe Beobachtung *Brauers* wird niemand als für Artefakte charakteriſtiſch anzweifeln. Bei der D. d. s. trifft ſie jedoch nicht zu; denn wiederholt gelang es *Matzenauer* und *Polland*, ſowie anderen Autoren die Entſtehung der ſymmetriſchen Efflorescenzen unterm Uhrglas genau zu beobachten. Da auch unter feſtſitzenden Schutzverbänden Efflorescenzen auf vorher intakter Haut entſtanden, läßt ſich die exogene Ätiologie mit Sicherheit ausſchließen.

Als „merkwürdig“ bezeichnet *Brauer* die oft ſcharfe, geradlinige Begrenzung der künſtlich erzeugten Hauterkrankungen, die zur Bildung von unmöglich natürlich bedingten geometriſchen Figuren (Vierecken, uſw.) führt, oder ihre ebenfalls bizarre Geſtalt, die ſie von vornherein verdächtig erſcheinen läßt, oft nicht minder die Lokaliſation der Erkrankung am Körper und der Einzelerſcheinungen zueinander, die die allgemeinen Regeln nicht reſpektieren. Faſt immer liegen die Efflorescenzen im Bereich der Hände. Demgegenüber betont *Polland* bei der D. d. s. als typiſch „das raſche Auftreten von Hautnekroſen aller Grade, die ſtets ihren Ausgang von den Follikeln der Haut nehmen und ſich in Geſtalt verſchieden großer Herde von Streifen- und Fleckenform mit kleinpolyzykliſcher, roſenkranzartiger Begrenzung, als ob ſie aus einer Anzahl kleinſter, herpetiſcher Blaſen entſtanden ſeien, präſentieren und faſt ſtets an ſymmetriſchen Hautſtellen auftreten“. Alſo auch hier ein weſentlicher Unterſchied zwiſchen Artefakt und D. d. s.

Außerdem macht *Brauer* darauf aufmerkſam, „daß Störungen des Geſamtorganismus, wie ſie mehr oder minder bei Pemphigus oder pemphigoiden Erkrankungen vor-

kommen, bei ſolchen an (künſtlichen) bullöſen Eruptionen leidenden Perſonen ebenſo regelmäßig fehlen, wie irgendwelche lokale Prodromalerſcheinungen vermißt werden. Es ſei denn, daß die Wunde der Ausgang einer Wundinfektion wird". Auch in dieſem Punkte ſcheidet ſich die D. d. s. ſcharf vom Artefakt. Finden ſich doch — von Menſtruationsanomalien ganz zu ſchweigen — gleichzeitig mit den Hauterſcheinungen meiſt Störungen von ſeiten der Kreislauforgane und des Herzens, nicht ſelten auch pſychiſche Störungen, während die Kranken in der Regel an der betreffenden Hautſtelle vor dem Auftreten der Efflorescenz zunächſt ein Brennen verſpüren, deſſen Inteſität allerdings ziemlich ſtarken Schwankungen unterworfen iſt.

Eckardt ſtellt feſt: Aus dieſen von *Brauer* ſelbſt zur Erkennung von Artefakten aufgeſtellten Leitſätzen ſei ohne weiteres erſichtlich, daß ſie bei der D. d. s. nicht zutreffen. Somit habe *Brauer* ſeine eigene Behauptung, „daß die D. d. s. den Stempel des Artefakts an der Stirne trage" ſelbſt widerlegt.

Zur gleichen Frage ſpricht ſich *Hauck* an Hand des in unſerer Klinik beobachteten Falles von D. d. s. allgemein dahingehend aus, daß nach den ſo genau und ſorgfältig durchgeführten Beobachtungen nicht der geringſte Zweifel mehr beſtehen könne, daß es ſich bei den von *Polland* angeführten Krankheitsfällen um eine ſpontane Entſtehung der krankhaften Hautveränderungen handelt.

Die Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica hat, wenn auch früher vielfach verkannt, heute wohl einen dauernden Platz als ſelbſtändiger Krankheitstyp unter den Hautkrankheiten erlangt.

Zum Abſchluß dieſer allgemeinen Betrachtungen über Artefakte, ihre Diagnoſe und Differentialdiagnoſe, ſei nun auch ganz kurz nochmals auf die Behandlung eingegangen. Dieſe iſt äußert einfach, denn es gelten bei ihr, um wieder auf *Brauer* zu verweiſen, die Regeln der allgemeinen Wundbehandlung. Bei geſchwürigen Defekten iſt zuerſt die Anwendung halbfeuchter Verbände zu empfehlen, unter denen eine gute Reinigung und Granulation der ulcerierten Stellen

erfolgt. Hat man dies erzielt, ſo kann die Weiterbehandlung mit Salbenverbänden einſetzen. Hierbei iſt es aber wichtig, ſämtliche erkrankte Stellen vor neuerlichen, abſichtlichen Inſulten der Kranken zu ſchützen und ihnen daher jegliche Berührungsmöglichkeit der Krankheitsherde unmöglich zu machen. Dies läßt ſich durch abſolut feſtſitzende Verbände, am beſten mit Steifgaze erreichen. Ein promptes Abheilen der Artefakte unter ſolchen Schutzverbänden iſt als direkt charakteriſtiſch anzuſprechen. Allerdings muß man beim Anlegen dieſer Verbände äußerſt korrekt vorgehen; denn wie *Crippa* mitteilt, weiß ſich der raffinierte Kranke auch aus ſolchen für ihn unliebſamen Lagen oft zu helfen. Unter dem noch feuchten Verband, z. B. am Unterſchenkel, läßt er ſeine Muskeln ſpielen; wenn es ihm möglich iſt, geht er auf und ab, ſtellt ſich auf die Zehen; wenn er vorſichtshalber zu Bett gebracht, aber nicht genügend beaufſichtigt iſt, ſo bewegt er den Fuß ſo extrem wie nur möglich. Durch dieſe Manipulationen bezweckt und erreicht er eine Dehnung des Verbandes, ſodaß derſelbe dann, erſtarrt, nicht enge den Unterſchenkel umſchließt. Nun fährt er mit einem feinen Stäbchen zwiſchen Verband und Haut von oben nach unten durch, befeſtigt unten mit einem Faden ein Leinwandläppchen, das er mit einer reizenden Subſtanz getränkt hat, bringt es durch Zurückziehen des Stäbchens an die gewünſchte Stelle, läßt das reizende Mittel nach ſeiner Erfahrung entſprechend lang wirken und entfernt dann dasſelbe durch völliges Herausziehen. Bei Öffnung des Verbandes bietet ſich dann die unangenehme Überraſchung, ſtatt der erwarteten Beſſerung eine Verſchlimmerung des krankhaften Zuſtandes vorzufinden. Geht der Verband auch über den ganzen Fuß, ſodaß er mit ſeinem Unterſchenkel wie in einem gutſitzenden Stiefel ſteckt, ſo bemüht ſich der Betrüger, ſolange der Verband feucht iſt, eine möglichſt unnatürliche Fußhaltung einzunehmen, bis der Verband feſt geworden iſt. Wenn er nun den Fuß nicht mehr in der unnatürlichen, verdrehten Stellung hält, ſondern in die normale Lage zurückgehen laſſen will, ſo kann das der Fuß nicht und es reizt jetzt der nun feſtgewordene

Verband die Haut des Fußes an der den normalen Verhältniſſen des Fußes nicht paſſenden Stelle.

Um den Heilungsprozeß vor ſolchen böswilligen Störungen durch die Kranken zu ſichern, iſt daher beim Anlegen der Verbände ſo zu verfahren, wie es von *Brauer* angegeben wird. Darnach ſoll bei einem Befallenſein des Fußes, oder der Knöchelgegend der ganze Fuß in den Verband hineinbezogen werden. Bei Unterſchenkelaffektionen ſoll der feſte Verband bis über die Mitte des Oberſchenkels gehen, damit dem Kranken die Möglichkeit genommen, oder doch erſchwert wird, durch Drehbewegungen des ganzen Verbandes den Heilungsprozeß zu ſtören; auch darf die Polſterung nicht zu dick ſein, da ſonſt von den Verbandenden aus die Wunde leichter zugänglich wird und Inſtrumente und Reizmittel aller Art eingeführt werden können. Zu all dem iſt noch eine ſtrenge Überwachung bezw. Iſolierung der betreffenden Perſon — eine Forderung von *Carpintero* unerläßlich. Es iſt weiter nach Möglichkeit eine von *Strümpell* und *Brauer* mit Erfolg geübte Maßnahme anzuwenden, nämlich die ſofortige Durchſuchung von Kleidern und mitgebrachten Gegenſtänden der Kranken nach etwaigen Reizmitteln. Hat man Erfolg und findet auf dieſe Weiſe die auslöſende Urſache der Selbſtbeſchädigung, ſo ſteht damit ſchon von vornherein die Diagnoſe feſt. Auch in unſerer Klinik wird dieſe Methode angewendet und hat ſich bewährt.

Für den allgemeinen Umgang mit ſolchen Perſonen erſcheinen endlich noch die Ratſchläge von *Raſch* beachtenswert, der beſonders bei Kranken mit hyſteriſchen Artefakten ganz allgemein folgendes empfiehlt: Wenn eine derartige Kranke in die Klinik kommt, könne man zu ihr ſagen, daß ihr Hautleiden nicht gefährlich ſei, daß es recht häufig vorkomme und daß man es gut kenne. Es ſei den Ärzten und den Pflegerinnen zu verbieten mit der Kranken über ihre Krankheit zu ſprechen, oder ſie mehr als notwendig zu unterſuchen. Man könne ihr weiter ſagen, daß ihr Bewegung gut tue, und laſſe ſie deshalb an der Arbeit in der Abteilung teilnehmen. Bei dieſem Verfahren

werde in der Regel die Kranke bald aufhören, ſich weiter Läſionen beizubringen. Je mehr Intereſſe man dieſen Kranken zeige und je häufiger man ſie unterſuche, deſto mehr neue Veränderungen brächten ſie ſich bei. Durch gründliche „wiſſenſchaftliche“ Unterſuchung und Behandlung könne man ihren Klinikaufenthalt bis auf mehrere Jahre verlängern. Es ſei nutzlos, die Kranken, gleich wenn man ſie ſehe und beſonders im Beiſein anderer zu fragen, ob ſie ſich ſelbſt die Läſionen beibrächten. Sie würden dies immer leugnen und die Frage wirke oft direkt ſchädlich, indem die Kranken dann dadurch irritiert, ſofort neue Hauterſcheinungen auslöſen würden. Wolle man die Wahrheit erfahren, ſo könne man das nur, wenn man die Kranke kurz vor der Entlaſſung beiſeite nehme und ſie ohne Beiſein von Zeugen ausfrage. Man müſſe auch vermeiden, im voraus einen Tag für ihre Entlaſſung aus der Klinik zu beſtimmen, da man ſich dann meiſt auf neue Läſionen am Tage vor dem beſtimmten Datum gefaßt machen könne, falls die Kranke nämlich Luſt verſpüre, noch längere Zeit im Krankenhauſe zu bleiben. Die Entlaſſung müſſe daher plötzlich, ohne vorherige Ankündigung beſtimmt werden.

Hat man bei einer Kranken zwar alle ſicheren Zeichen für eine Selbſtbeſchädigung feſtgeſtellt, aber noch kein umfaſſendes Geſtändnis der betreffenden Perſon erhalten, dann kann man ein ſolches oft auf eine ſchon von *Colcott Fox* geübte Art herbeiführen, daß man nämlich der Kranken bei ihrer Entlaſſung ihre Handlungsweiſe direkt auf den Kopf zuſagt. *Frieboes* glaubt, man habe damit auch häufig eine Möglichkeit, weitere Selbſtbeſchädigungen zu verhüten. *Brauer* allerdings muß auf Grund ſeiner Erfahrungen feſtſtellen, daß dieſe Art von Prophylaxe nicht geeignet iſt um Recidiven in allen Fällen und dauernd vorzubeugen.

Es iſt ſelbſtverſtändlich und wird auch von den verſchiedenſten Autoren ausdrücklich betont, daß hier immer eine entſprechende pſychiſche Beeinfluſſung des Kranken einſetzen muß. Natürlich darf die Diagnoſe Artefakt erſt dann geſtellt werden, wenn kliniſch, oder durch Auffinden

des Subſtrates, mit dem der Artefakt erzeugt wird, der Fall abſolut ſichergeſtellt iſt. Aber auch wenn man ſeiner Sache ſicher iſt, meint *Frieboes,* ſolle man unter Umſtänden, namentlich wenn es ſich um junge Mädchen handelt, außerordentlich vorſichtig ſein in der Art, wie man beſonders die Mutter oder ſonſtige Angehörige und Verwandte darüber aufklärt; denn mit Strafen oder Bloßſtellen der Tatſache in Bekanntenkreiſen erreiche man meiſtens gerade das Gegenteil von dem, was man erhoffe. Es müſſe die Aufgabe des Arztes ſein, die nächſten Familienangehörigen wohl zu verſtändigen, aber auch dafür zu ſorgen, daß dieſe Kenntnis nach außen nicht in Erſcheinung trete, um ſo denen, welchen man pſychiſch helfen wolle, die peinliche Situation der Scham und der Verhänſelung zu erſparen; erſt dann könne man ſie wieder zu normal handelnden Menſchen machen. Daß bei den aus Rentenſucht erzeugten Artefakten der Simulanten eine verſicherungstechniſche Ablehnung ſolcher Schäden die beſte Prophylaxe für die häufigen Recidive bildet, kann *Ganzoni* nur beigeſtimmt werden.

Nach dieſen allgemeinen Ausführungen über Artefakte ſeien nun in folgenden 25 Fälle von Selbſtbeſchädigungen der Haut beſchrieben, die von 1925—1934 in der Univerſitäts-Hautklinik, Erlangen zur Beobachtung gelangten. Bei 7 Fällen, die zuerſt angeführt ſeien, konnte das die Hautveränderungen auslöſende Agens ermittelt werden. Bei den übrigen Kranken war dies teilweiſe unmöglich, oder aber die Urſache ließ ſich nur vermuten; doch ſprachen hier die meiſt unglaubwürdigen Angaben der Betreffenden, wie auch alle kliniſchen Erſcheinungen eindeutig für die Diagnoſe.

Fall 1.

Eva G., 10jährige Schülerin.

Anamneſe: Vor 5 Monaten Beginn der Erkrankung angeblich mit einer Rötung des rechten Unterarmes und zum Teil mit Bildung von Eiterpuſteldchen. Gleichzeitig trat eine Schwellung der rechten Hand auf, die nicht mehr verging und aller ärztlichen Behandlung trotzte.

Allgemeinbefund: Mittelgroßes, kräftig entwickeltes Mädchen mit friſcher Geſichtsfarbe. An innereren Organen und Nervenſyſtem ſind krankhafte Veränderungen nicht feſtzuſtellen.

Lokalbefund: Rechte Hand, die Hautfarbe iſt etwas blaß, ſonſt nicht verändert. Am Handrücken ſtarke oedematöſe Schwellung, ſodaß Fingereindruck lange beſtehen bleibt. An der Handwurzel, beſonders gut auf der Volarſeite ausgeprägt, findet ſich ein ca. 1 mm breiter, ganz leicht vertiefter, unauffälliger Streifen circulär um das Handgelenk verlaufend. Die Hand wird von der Kranken in ſchonender Stellung gehalten; die rohe Kraft iſt dabei ſtark herabgeſetzt. Sonſt iſt der Körper frei von oedematöſen Stellen. Am rechten Unterarm einzelne Pyodermieherdchen.

Diagnoſe: Oedem des rechten Handrückens mit Pyodermien. Verdacht auf Artefakt.

Behandlung: Die Pyodermien werden mit Schwefelpaſte behandelt; außerdem erfolgt Ruhigſtellung der Hand.

Wegen des Verdachtes einer arteficiellen Strangulation der Hand durch die Kranke, Anlegen eines Steifgazeverbandes; dazu genaue Überwachung, die bereits in der erſten Nacht zu einer Beſtätigung des Verdachtes führt:

Es wird der Kranken eine Hanfſchnur abgenommen, wobei ſie geſteht, daß ſie mittels dieſer Schnur monatelang in unbewachtem Zuſtande die Hand abgeſchnürt habe.

Krankheitsverlauf: Nach drei Tagen Abnahme des Verbandes. Das Oedem der Hand iſt vollkommen abgeklungen. Die rohe Kraft iſt gut, ſoweit eine etwaige Verſtellung der Kranken einzurechnen iſt.

Die Kranke wird entlaſſen. Ihre Selbſtbeſchädigung der rechten Hand ſtellt ein ihr wohl gelungenes Mittel dar, ſich dadurch den unliebſamen ſchriftlichen Arbeiten in der Schule zu entziehen.

Fall 2.

Marie, B., 16jähriges, lediges Lehrmädchen.

Anamneſe: Vor 14 Tagen ſei plötzlich „über Nacht“ die Haut am Grundglied des rechten Mittelfingers aufgebrochen und dann in gleicher Weiſe auch an den übrigen Fingern derſelben Hand, ſowie am rechten Unterarm. Vor 8 Tagen begann der gleiche Vorgang am linken Handrücken und griff auf den linken kleinen Finger, den Mittelfinger und den linken Vorderarm über. Seit vier Tagen zeigen ſich dieſelben Erſcheinungen am rechten Unterkiefer. An allen Stellen beſtehe anfänglich Hitzegefühl, dann Juckreiz. Vom Arzt ſei mit Queckſilberſalbe behandelt worden. Menarche mit 14 Jahren; Menſes normal. Sonſt immer geſund.

Allgemeinbefund: Junges, kräftiges Mädchen in gutem Ernährungszuſtand. Innere Organe zeigen keinen krankhaften Befund.

Nervenſyſtem in Ordnung; Rachenreflex vorhanden.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Spezieller Befund: Es finden ſich 2—3 cm lange und 1 cm breite Hautläſionen an beiden Händen und Vorderarmen folgendermaßen lokaliſiert: Rechte Hand, am Grundglied des Mittelfingers und kleinen Fingers, ſowie Mittelglied des Ringfingers, dorſal gelegen, am Grundglied des Zeigefingers auf der Medianſeite und über dem Mittelhandknochen des Daumens.

Linke Hand, auf dem Handrücken, lateral am Grundglied des kleinen Fingers, ſowie lateral und medial am Grundglied des Mittelfingers.

Vier ähnliche, aber größere Hautläſionen befinden ſich auf der Streckſeite des rechten Unterarmes und eine eben ſolche Stelle iſt auf der Beugeſeite gelegen.

Eine gleiche Veränderung zeigt ferner die Streckſeite des linken Vorderarmes und die rechte Seite des Unterkiefers.

Diagnoſe: Artefakte.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Die Kranke leugnet anfänglich hartnäckig ſich dieſe Hautveränderungen ſelbſt beigebracht zu haben. Nach einigen Tagen jedoch gibt ſie zu, daß ſie ſich mit Salzſäure aus der Autogarage ihres Bruders „angeſtrichen“ habe. Sie wollte wegen Familienzwiſtigkeiten einmal von zu Hauſe fortkommen.

Unter Deſitinverbänden heilen die Läſionen glatt und raſch ab, mit zurückbleibenden roten Flecken. Die Kranke wird mit entſprechender Mahnung arbeitsfähig entlaſſen.

Fall 3.

Margarete W., 16jähriges, lediges Dienſtmädchen.

Anamneſe: Die Mutter der Kranken befindet ſich in einer Heil- und Pflegeanſtalt.

Die Kranke ſelbſt wurde vor einem Jahr wegen akuter Blinddarmentzündung operiert. Wie der behandelnde Arzt mitteilte, war der Heilverlauf der kleinen Schnittwunde ein glatter. Nach einigen Wochen jedoch brach die Wunde aus unerklärlichen Gründen wieder auf, näßte und war nicht mehr zur Heilung zu bringen. Gleichzeitig ſtellte ſich ein ſchmetterlingsförmiger, eryſipelartiger Ausſchlag des Geſichtes ein, der durch die üblichen therapeutiſchen Maßnahmen zwar prompt zurückging, aber ebenſo prompt wieder auftrat. Die Laparotomiewunde iſt bis heute noch nicht geſchloſſen. Alle Unterſuchungsmethoden den Fall ätiologiſch zu klären, waren erfolglos und der Arzt ſtehe daher vor einem Rätſel.

Die Menſes beſtehen ſeit dem 12. Lebensjahr in 14tägigen Intervallen und dauern ca. 6 Tage.

Allgemeinbefund: Leidlicher Ernährungs- und Kräftezuſtand.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Außer ſehr lebhaften Reflexen kein krankhafter Befund.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Hautbefund: Beide Wangen ſind ſtark gerötet; auf der rechten Seite gelbbräunlicher Kruſtenbelag von der Größe eines Dreimarkſtückes. Über dem rechten Jochbogen findet ſich ein ebenſolcher kleinerer Herd von Linſengröße. In der rechten Unterbauchgegend, zwei Querfinger unterhalb des Nabels findet ſich ein pflaumengroßes, 1 cm tiefes Ulcus mit ſchmierig, eitrig belegtem Grund.

Diagnoſe: Arteficiell chroniſch irritierte Appendixnarbe; Artefakte im Geſicht.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Die ulcerierte Appendektomienarbe wird zunächſt mit Alkoholverbänden behandelt, die Erſcheinungen im Geſicht mit Tumenolpaſte.

Auf eine Tuberkulinprobe mit Koch-Alttuberkulin 1 : 100000 tritt an der Injektionsſtelle keine Reaktion auf, dagegen Fieberreaktion bis 39,6°. Die Kranke wird aber bei einer mehrmals erfolgten Nachprüfung der Temperaturen einer ſicheren Temperaturfälſchung oft bis 40,2° überführt. Die alte Laparotomienarbe iſt eines Tages mit einer grünlichen Farbe beſchmiert und läßt ſofort irgend eine arteficielle Manipulation erkennen. Die weitere Behandlung mit Byrolinſalbe erfolgt daher unter feſtanliegenden Heftpflaſterverbänden, worauf eine raſche Beſſerung des Ulcus eintritt. Auf dieſen günſtigen Heilungsvorgang reagiert die Kranke wiederholt mit paſſivem Verhalten gegen Nahrungsaufnahme und muß unter Aufſicht eſſen. Auch mittelſtarkes Naſenbluten, wie Bluten aus dem Mund laſſen mit größter Wahrſcheinlichkeit annehmen, daß arteficielle Urſachen dazu Anlaß gaben. Das Ulcus heilte unter der angegebenen Behandlung völlig ab. Auch im Geſicht iſt in derſelben Zeit eine weitgehende Beſſerung eingetreten; doch laſſen ſich hier verſchiedentlich neue Exkoriationen beobachten. Bei einem genauen Verhör geſteht die Kranke, ihre Wunde immer mit „Puder" (Salz?) „behandelt" zu haben, weil ſie dachte, daß Puder „heilt"! Bezüglich der grünen Färbung, die während der Behandlung an Verband und Wunde feſtgeſtellt worden war, gibt ſie nach zunächſt ausweichenden Antworten endlich zu, daß ſie dieſelbe mittels eines Tintenſtiftes herbeigeführt habe. Schließlich legt ſie auch noch ein Geſtändnis dahingehend ab, die Veränderung im Geſicht durch Kratzen und Reiben ſelbſt erzeugt zu haben.

Die *Diagnoſe* Artefakt iſt dadurch eindeutig klargeſtellt.

Die Kranke wird geheilt entlaſſen.

Fall 4.

Babette F., 28 jährige, ledige Arbeiterin.

Anamneſe: Seit 5 Jahren iſt die Kranke „nervenleidend". Es beſtehen Kopfſchmerzen, vorwiegend in der linken Schläfengegend, außerdem Reißen in beiden Beinen und Abgeſchlagenheit. Vor einem Jahr ſei zum erſten Male am rechten Handrücken eine eiternde Stelle auf-

getreten, die ſich dann weiter ausgebreitet habe, aber von ſelbſt wieder abgeheilt ſei. Vor vier Monaten erneutes Auftreten der Eiterung an gleicher Stelle und ſeit 10 Tagen auch an der Bruſt, ſowie am linken Unterkiefer. Anfänglich beſtünden rote Flecken, aus denen ſich dann erſt die eiterigen Stellen bildeten. Die Kranke will dieſes Leiden auf Sonnenbeſtrahlung zurückführen.

Mit 15 Jahren erſtes Auftreten der Menſes, die immer unregelmäßig ſeien.

Allgemeinbefund: Mittlerer Ernährungs- und Kräftezuſtand.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Rachenreflex und Cornealreflex fehlen. Dermographismus negativ.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Hautbefund: Auf der rechten Bruſtſeite, oberhalb der rechten Mamma, finden ſich mehrere punkt- und tropfenförmige, wie mit einem Pinſel hingemalte, erodierte Stellen, die mit gelben Schorfen bedeckt und von einem entzündlich geröteten Hof umgeben ſind. Am rechten Unterſchenkel, handbreit über dem Malleolus internus, befindet ſich ein 10 cm langes und 2 cm breites Geſchwür, ebenfalls mit gelblichen Schorfen bedeckt und mit entzündlich geröteten Rändern, die ſich von der Umgebung ſcharf begrenzt abheben. Auf der Dorſalſeite der rechten Hand, in einem vom Zeigefinger bis zum kleinen Finger ſich erſtreckenden, gleichfalls ſcharf umſchriebenen Bezirk iſt die Haut narbig verändert und dunkelbläulich verfärbt. Dazwiſchen finden ſich zwei mit braunem Schorf bedeckte Stellen, wie ſie an Bruſt und rechtem Unterſchenkel beſchrieben ſind.

Diagnoſe Artefakte ergibt ſich ohne weiteres aus dieſem kliniſchen Bild.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: An der Bruſt erfolgt Behandlung mit Byrolinſalbe. Die Ulcerationen am rechten Unterſchenkel werden zuerſt mit feuchter Kammer behandelt und nachdem ſie ſich darunter weitgehend geſchloſſen haben, erfolgt Weiterbehandlung mit Deſitinſalbe. Da wiederholt beobachtet wird, wie die Kranke durch Reiben eine Verſchlechterung herbeizuführen ſucht, wird an der Bruſt ein Maſtiſolverband, am Fuß ein Steifgazeverband angelegt, worunter eine glatte Abheilung erzielt wird. Eines Tages können bei der Kranken neue Efflorescenzen feſtgeſtellt werden, in Geſtalt von Blaſen in der Interdigitalfalte zwiſchen Daumen und Zeigefinger an beiden Händen. Sie will ſich die Blaſen beim Kehren und Reinemachen des Krankenſaales zugezogen haben; man kann ſich aber bei der ſymmetriſchen Anordnung der Blaſen des Gedankens an ein neues artificielles Trauma nicht erwehren. Die Kranke geſteht ſchließlich bei einem eingehenden Verhör, daß ſie ſich alle Hautveränderungen, ſowohl an der Bruſt wie am rechten Unterſchenkel und an beiden Händen durch Verätzen mit Säure ſelbſt beigebracht habe. Der Grund zu ſolchem Handeln ließ ſich nicht ermitteln. Zur Beſtätigung der Diagnoſe genügte dies Geſtändnis. Die Kranke wird geheilt entlaſſen.

Fall 5.

Babette Sch., 33 jährige, ledige Landwirtstochter.

Anamneſe: Vor 2 Jahren Verbrühung des linken Vorderarmes mit kochendem Waſſer. Trotz ſofortiger ärztlicher Behandlung habe ſich ſechs Wochen darnach „Wundroſe“ eingeſtellt, die den linken Ober- und Unterarm, ſowie die linke Hand in ganzer Ausdehnung befiehl, auf die Bruſt und den rechten Arm übergriff und zu gleicher Zeit auch am linken Ober- und Unterſchenkel auftrat. Die Erkrankung habe bis zur völligen Ausheilung faſt ein halbes Jahr gedauert. Nach etwa einem Jahre ſeien nun plötzlich die alten Narben am linken Unterarm wieder aufgebrochen; auch ſei an denſelben Stellen, wie im Vorjahre abermals Wundroſe aufgetreten und zwar von noch größerer Intenſität und Ausbreitung. Krankenhausbehandlung habe nur eine geringe Beſſerung der Wundroſe gebracht. Der Arm ſei weiterhin „offen“ geblieben und es ſeien hier an der Haut ſtets neue, ſehr große Blaſen, aus denen ſich eine trübe Flüſſigkeit entleerte, entſtanden. Dieſe Stellen hätten dann eine lange Zeit bis zur Abheilung gebraucht. Erſt vor einem Monat ſei eine völlige Heilung des Armes erfolgt, ſodaß ſie wieder arbeiten hätte können, was ſeit der Verbrühung nicht mehr der Fall geweſen ſei. Seit drei Wochen jedoch ſei der ganze linke Arm erneut aufgebrochen. Fieber habe ſie nicht gehabt. An den befallenen Hautſtellen beſtehe Brennen, Juckreiz und heftiger Schmerz bei jeder Berührung. Gleichzeitig wird über Schmerzen in allen Gelenken geklagt, die ſchon ſeit der Verbrühung beſtünden. Voriges Jahr angeblich ſtarke Rötung und Schwellung des linken Fußgelenkes. In der letzten Zeit viel Kreuzſchmerzen.

Menarche 15 Jahren; Menſes immer unregelmäßig, mit Schmerzen und ſtarken, oft 6—7 Tage dauernden Blutungen. Kein Ausfluß.

Allgemeinbefund: Große, kräftige Kranke in gutem Ernährungszuſtand.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Rachenreflex fehlt! Dermographismus negativ. Im übrigen normaler Befund.

Hautbefund: Der linke Arm weiſt in ſeiner ganzen Ausdehnung Krankheitsherde und in deren Bereich ſtarke Schwellung und Rötung auf. An den befallenen Stellen ſtößt ſich die alte Epidermis, verfärbt von einer dunklen Salbe, in größeren Fetzen ab; die darunter befindliche friſche Epidermis iſt hochrot verfärbt, ſtark glänzend und geſpannt. Am Ellenbogen, ſowie in deſſen nächſter Umgebung am Unterarm haftet die alte, dunkel verfärbte Epidermis noch feſter, läßt ſich nicht abziehen und zeigt zwiſchen hinein feſtſitzende, flache Kruſten. Alle Herde ſind ſcharf, aber unregelmäßig begrenzt und zwiſchen ihnen finden ſich Flächen vollſtändig geſunder Haut. An der Streckſeite des Oberarmes geringe Blaſenbildung.

Die durch Schwellung des Armes bedingten Maßunterſchiede ſind folgende:

	Mitte	12 cm vom proc. uln. nach oben gemeſſen	7 cm diſtal vom Ellenbogen gemeſſen
	cm	cm	cm
Linker Oberarm	28,0		
Rechter Oberarm	27,2		
Linker Unterarm		25,8	
Rechter Unterarm		24,0	
Linker Unterarm			27,3
Rechter Unterarm			26,3

Auf der Streckſeite des linken Oberarmes findet ſich außerdem noch ein Narbenkeloid in Größe von 1 : 1,5 cm, über deſſen Entſtehung die Kranke keine Angaben macht; die Stelle habe geeitert und ſei voriges Jahr „von ſelbſt“ aufgetreten.

Am rechten Arm, in deſſen oberem Drittel, ſieht man zur Hälfte auf der Streckſeite, zur Hälfte auf der Beugeſeite gelegen braune Pigmentierungen, die auf die rechte Schulter und Achſelhöhle übergreifen und einen unregelmäßigen Charakter, beſonders hinſichtlich der Intenſität aufweiſen.

Auf der Bruſt befinden ſich fünf längliche, 5 : 2—3 cm große, ſchwach, aber deutlich pigmentierte, gelbbräunliche Flecken. Ein ebenſolcher, größerer Flecken greift vom oberen rechten Bruſtbereich auf die rechte Schulter über, wo er mit der oben beſchriebenen Oberarm- unn Achſelhöhlenpigmentation confluiert.

Der linke Oberſchenkel zeigt an der Streckſeite im unteren Drittel, bis an den oberen Rand der Patella reichend, ebenfalls unregelmäßige Pigmentationen mit Zwiſchenräumen von geſunder Haut, die teilweiſe livid verfärbt iſt. Die Veränderungen grenzen gegen die Patella zu ziemlich ſcharf ab.

An der Beugeſeite des linken Unterſchenkels iſt die Haut in einem etwa markſtückgroßen Bezirk leicht bräunlich verfärbt, ohne jedoch eine Erhabenheit aufzuweiſen. Ebenſo erſtreckt ſich lateral über eine etwa doppelthandtellergroße Fläche eine leichte, unregelmäßige Pigmentierung der Haut.

Über dem rechten Fußrücken bezw. Fußgelenk ſind zwei kleinere Narben zu ſehen; hier ſei die Kranke vor ſechs Jahren wegen Sehnenſcheidenentzündung zweimal geſchnitten worden.

Auch am Rücken, der Hüft- und Glutäalgegend finden ſich noch etwa 12 verſchieden große, pigmentierte Narben, die auf eine vor drei Jahren durchgemachte Furunkuloſe zurückgeführt werden.

Nach dieſem ganzen Befund läßt ſich zuſammenfaſſend ſagen, daß eine beſondere, von der früheren Verbrühung am linken Arm herrührende Narbenbildung nicht feſtgeſtellt werden kann. Auch widerſpricht ſich die Kranke des öfteren und vor allem ihre Angaben über den Umfang der

Verbrennung ſind ſehr wechſelnd. Bald gibt ſie an, der ganze Arm ſei betroffen geweſen, dann bezeichnet ſie wieder nur eine etwa 15 cm lange und 5 cm breite Stelle auf der Streckſeite des Unterarmes als die verbrühte. Hieraus, ſowie aus dem ganzen Krankheitsbild mit den meiſt ſcharf abgegrenzten Erſcheinungen, nicht zuletzt aber aus einem einwandfrei hyſteriſchen Gebahren der Kranken, erwächſt, zumal auch der Rachenreflex nicht unlösbar iſt, der ſichere Verdacht auf Hyſterie und Artefakte!

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Laſſarpaſtenverbände am linken Arm im Wechſel mit Moronalkompreſſen. Außerdem wird Strepto-Yatren in Doſen von 0,5 und 1,0 gegeben. Gute Heilungstendenz. Am vierten Tage nach der Klinikaufnahme kann bei der Kranken ein Neuauftreten von Krankheitsherden beobachtet werden: auf der Streckſeite des linken Oberarmes, im oberen Drittel, findet ſich eine 7 cm breite und 4,5 cm hohe, hochrote, quaddelähnlich erhabene Stelle, die angeblich über Nacht entſtanden ſei. Sie iſt unregelmäßig begrenzt, hebt ſich aber ſcharf von der umgebenden Haut ab. Nach mehreren Stunden weiſt dieſer Herd, der nunmehr etwas livide verfärbt iſt, mehrere ſtecknadelkopf- bis linſengroße Bläschen auf und iſt von einem 2—3 mm breiten, hellroten Saum umgeben. Im Laufe des gleichen Tages weiterer, neuer Herd an der Außenſeite des rechten Oberarmes, unterhalb des M. deltoideus bis zur Ellenbeuge ſich erſtreckend. Er iſt intenſiv gerötet und gleichfalls leicht erhaben; die Grenzen ſind nach medial etwas unſcharf, verſchwommen, nach lateral unregelmäßig, aber etwas ſchärfer. Etwa 2 cm unterhalb des linken Schlüſſelbeines findet ſich, mehr gegen die Achſelhöhle zu gelegen und ebenfalls neu entſtanden, eine etwa 5:5 cm große, hochrot verfärbte Hautſtelle. Dieſe iſt im Gegenſatz zu den übrigen Entzündungsherden nicht erhaben, fühlt ſich aber wie alle anderen, neu in Erſcheinung getretenen Veränderungen heißer an, als die umgebende Haut. Subjektiv beſtehe an ſämtlichen Stellen zuerſt Juckreiz, dann Brennen.

Wegen des bereits vorgefaßten Verdachtes auf Artefakte, den das Neuauftreten der eben beſchriebenen Erſcheinungen noch beſtärkt, wird die Kranke ins Bad geführt, um in der Zwiſchenzeit eine Unterſuchung ihrer mitgebrachten Gegenſtände auf evtl. Ätzmittel vornehmen zu können. In der Tat findet ſich hierbei auch ein Fläſchchen, deſſen Inhalt ſich nach chemiſcher Analyſe einwandfrei als Eſſigſäure erwies, womit die Sch. zweifelsohne ihre Artefakte erzeugte. Trotzdem leugnet ſie dies und beſchwert ſich weinend darüber, daß man ihr ein Fläſchchen mit „Hoffmannstropfen“ fortgenommen habe, das ſie ſtets bei ſich trage, weil es ihr in der letzten Zeit öfters ſchlecht werde. Sie will aus Proteſt die Klinik verlaſſen — bleibt aber doch! In der Folgezeit laſſen ſich noch mehrmals neue, gerötete Hautſtellen am rechten Oberarm und an der Bruſt feſtſtellen, die jedoch nicht mehr den erhabenen Charakter aufweiſen und wahrſcheinlich durch Reiben hervorgerufen wurden.

Unter entſprechender Behandlung kam es zu einer vollſtändigen Heilung ſämtlicher Erſcheinungen, ſodaß die Kranke in verhältnismäßig

kurzer Zeit geheilt und arbeitsfähig entlassen werden konnte. Obwohl sie bis zum letzten Tage eine Selbstbeschädigung ihrer Haut leugnete, wird sie auf das Unrechtmäßige ihrer Handlungsweise hingewiesen und der behandelnde Arzt über die Art der Krankheit aufgeklärt.

Fall 6.

Gertrud W., 14 Jahre, ledig, ohne Beruf.

Anamnese: In vorletzter Nacht sei sie mit Fieber erkrankt und habe nicht schlafen können. Morgens beim Aufstehen habe sie dann zu beiden Seiten der Mundwinkel zwei gerötete Stellen bemerkt, die über Nacht entstanden sein müßten. Gestern Nachmittag habe sie einen Schüttelfrost bekommen und habe mehrmals erbrechen müssen. Im Laufe des gestrigen Tages hätten sich die roten Flecken im Gesicht in ihrer Mitte dunkler verfärbt und auch zu nässen begonnen. Während der vergangenen Nacht seien weitere ebensolche Stellen im Gesicht aufgetreten, aber teilweise wieder verschwunden.

Die Kranke macht hierbei des öfteren widersprechende Angaben besonders über die Lokalisation dieser merkwürdigen Hautveränderungen, deren erstmaliges Auftreten einmal am Mundwinkel, bald wieder an irgend einer anderen Stelle angegeben wird.

Die Menses, die seit vorigem Jahre bestehen, seien von wechselnder Stärke, stets mit Schmerzen verbunden und meist von sechstägiger Dauer.

Allgemeinbefund: Voll entwickeltes junges Mädchen, kräftig gebaut und in gutem Ernährungszustand. Die Haut ist straff und zeigt einen guten Turgor.

Innere Organe: o. B.

Nervensystem: Fehlen des Rachen- und Cornealreflexes.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Spezieller Hautbefund: Symmetrisch zu beiden Seiten der Mundwinkel, wenige Zentimeter von diesen entfernt, findet sich eine etwa markstückgroße Stelle, die mit einem braunen Schorf bedeckt ist und eine vorhofartige, hellere Umgrenzungszone aufweist. Zwei ebensolche Stellen befinden sich über beiden Jochbeinen; links, einen deutlich frischen Charakter zeigend, ein fast kreisrunder Defekt mit geröteten Rändern, in der Mitte von gelblich-blassem Aussehen und gering nässend. Über der Stirnmitte ist eine gleichbeschaffene Stelle zu verzeichnen.

Die *Diagnose* Artefakte und Hysterie läßt sich in diesem Fall wohl schon mit Sicherheit aus der Vorgeschichte stellen: aus dem direkt mysteriösen Entstehen der Hautveränderungen „über Nacht“ und den mancherlei Widersprüchen, in die sich die Kranke bei ihrer Schilderung verliert. Für die artificielle Natur vorliegender Hautschädigung sprechen außerdem einwandfrei das ganze klinische Bild, sowie der psychische Gesamteindruck, den man bei der Untersuchung der Kranken gewinnt, die bei der typischen Hypästhesie ihrer Schleimhäute eine sichere Hysterica darstellt.

Fall 6.
Gertrud W.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Es werden gut deckende und feſt ſitzende Deſitinſalbenverbände angelegt.

Bereits in den erſten Tagen ihres Klinikaufenthaltes kann bei der Kranken ein wiederholtes Neuauftreten von gleichen Hautveränderungen beobachtet werden, die natürlich immer „von ſelbſt“ und meiſt „über Nacht“ entſtanden ſeien. Solche Stellen zeigen ſich am Kinn, in der rechten Mundwinkelgegend, über dem rechten Schlüſſelbein und dem oberſten Teil des Bruſtbeines, ſowie unter der linken Mamma, über dem linken Schulterblatt und in der Lendengegend. Sämtliche Hautdefekte haben ungleichmäßige, gerötete Ränder, ſind ſcharf begrenzt und bieten ſtets ganz friſches Ausſehen. Über die artificielle Entſtehung auch dieſer Defekte dürfte wohl kein Zweifel beſtehen. Sie machen den deutlichen Eindruck ſchwerſter Hautſchädigung durch Kratzen. Die Kranke wird von jetzt ab ſtreng überwacht und es konnte auch ein weiteres Auftreten ſolch ſchwerer, mechaniſcher Irritationen der Haut nicht mehr feſtgeſtellt werden. Sämtliche Stellen heilen unter Deſitinverbänden reſtlos ab. Vor ihrer Entlaſſung aus der Klinik wurde die Kranke noch einem genauen Verhör unterzogen und in der Tat gab ſie auch zu, ſich durch heftiges Kratzen mit den Fingernägeln dieſe Hautveränderungen ſelbſt beigebracht zu haben. Über etwaige Motive zu dieſem ſinnloſen Handeln war nichts zu erfahren.

Fall 7.

Marie G., 23jährige, ledige Stütze.

Anamneſe: Erſtmals vor zwei Jahren hätten ſich am Unterbauch zunächſt ſchwarze Flecken gebildet, die dann aber aufbrachen und reichlich ſchwarz-gelblichen Eiter entleerten. Die Eiterung ſoll durch viele Wochen hindurch beſtanden haben. Daneben ſeien auch an der linken Bruſt, am linken und rechten Arm und am linken Unterſchenkel ebenſolche „geſchwürige Stellen“ entſtanden. Während eines vierwöchigen Krankenhausaufenthaltes bei Bettruhe, Höhenſonnenbeſtrahlungen und Salbenbehandlung ſei das Leiden völlig ausgeheilt. Vor zehn Monaten ſei jedoch am Unterbauch wieder ein Rückfall aufgetreten und die „geſchwürigen Stellen“ ſeien bis heute nicht mehr verheilt. Deshalb habe der Arzt, der ſie bisher mit Zinkſalbe behandelte, ihre Einweiſung in die Klinik veranlaßt.

An ſubjektiven Beſchwerden beſtehen außer einem ſtarken Brennen der erkrankten Hautpartien dauernd Leib- und Kopfſchmerzen, nachts ein Pelzigkeitsgefühl in Armen und Beinen und außerdem Kreuzſchmerzen.

Menarche mit 15 Jahren, Menſes vierwöchentlich mit 6 Tagen Dauer. Seit zirka 6 Wochen iſt die Periode unregelmäßig und ſchmerzhaft. Die Blutungen ſeien immer ſchon ziemlich ſtark geweſen. Ausfluß beſtehe nicht.

Allgemeinbefund: Es handelt ſich um eine große, normal entwickelte Perſon in ausreichendem Ernährungs- und Kräftezuſtand.

An den inneren Organen iſt kein krankhafter Befund zu erheben.

Nervenſyſtem: Rachen- und Cornealreflex fehlen.

Pſychiſch macht die Kranke einen wehleidig-hyſteriſchen Eindruck.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Hautbefund: Über den ganzen Unterbauch verstreut finden sich zahlreiche, teilweise narbig abgeheilte, meist aber mit braungelben Belägen bedeckte Stellen von Markstück- bis Dreimarkstückgröße. Diese einzelnen Herde sind unter das Niveau der Haut leicht eingesunken und lassen eine scharfe Begrenzung der nekrotischen Beläge erkennen. Wo diese Beläge zu Verlust gegangen sind, erscheinen zum Teil kraterförmige Einziehungen mit mißfarbenen Granulationen. Der ganze befallene Hautbezirk ist dunkelbraun pigmentiert. Diese Pigmentation ist nach oben scharfrandig begrenzt, unregelmäßig dagegen nach unten und seitlich.

Diagnose: Artefakte und Hysterie.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Unter Desitin-Schutzverbänden heilen die Hautdefekte sehr gut und rasch ab. Am zweiten Tage nach der Klinikaufnahme wurde bei der Kranken ein Fläschchen mit Kresolseifenlösung vorgefunden, das ohne Zweifel als Mittel für die Selbstbeschädigung der Haut angesehen werden mußte, was freilich von seiten der G. hartnäckig abgeleugnet wird.

Ein Neuauftreten der Hauterscheinungen wird nicht mehr beobachtet, wohl aber klagt die Kranke nach 14 Tagen über Ausfluß aus dem Genitale. Der Befund im Spekulum zeigt an der Portio, etwas links neben dem äußeren Muttermund, eine gut mandelgroße, etwas eleviert und induriert erscheinende Erosion, die bei Berührung leicht blutet. Wiederholte Abstriche auf Spirochaeta pallida, sowie Gonococcen haben ein negatives Ergebnis. Die Erosion der Portio geht unter Bädern mit Argent. nitric. gut zurück. Unter Desitinsalbenverbänden erfolgte eine völlige Abheilung der Artefakte, sodaß die Kranke nach verhältnismäßig kurzer Zeit als geheilt entlassen werden konnte. Selbstverletzungen der Haut werden dauernd geleugnet. Doch gibt noch am letzten Tage eine erneute Exploration in dieser Hinsicht einen interessanten Einblick in die Psyche der Kranken. Sie ist bei einem Arzt als Hausangestellte bedienstet und bringt ihre Magenbeschwerden, über die sie dauernd klagt, in Verbindung mit den Schmerzen solcher Kranker, die sich bei ihrem Dienstherrn einer abdominellen Operation unterziehen müssen. Von dieser Komplexvorstellung kommt die Kranke nicht mehr los und vielleicht dürften auch die Artefakte hiermit in Zusammenhang stehen.

Fall 8.

Magdalene M., 19jährige, ledige Dienstmagd.

Anamnese: Die Kranke wurde bereits vor drei Jahren in unserer Klinik wegen seborrhoischen Kopfekzems stationär behandelt. Es fiel hierbei auf, daß sie fast täglich neue Klagen vorbrachte und bei jedem therapeutisch verwendeten Mittel über eine Reizung klagte, obwohl objektiv eine solche nicht bestand, sondern vielmehr eine fortschreitende Besserung zu verzeichnen war. Sie wurde daher schon damals als hysterisch angesprochen.

Fall 7.
Marie G.

Vor zwei Jahren wurde die Kranke wegen Blinddarmentzündung operiert. Die Wundheilung erfolgte primär. Vierzehn Tage nach der Krankenhausentlassung sei jedoch die Wunde wieder aufgeplatzt und seither nicht mehr verheilt. Vom Arzt wurde mit Jodanstrich und Puder behandelt, worauf aber keine Besserung erfolgt sei. Auch rings um die Wunde seien Hauteiterungen aufgetreten.

Menarche mit 19 Jahren. Menses stets unregelmäßig, in Abständen von 5—8 Wochen; Dauer jeweils verschieden.

Allgemeinbefund: Die Kranke ist kräftig gebaut und befindet sich in einem sehr guten Ernährungszustand. Psychisch macht sie den deutlichen Eindruck einer Hysterica.

Herz und Lunge: o. B.

Der Leib zeigt bei Palpation eine starke Abwehrspannung mit diffuser Schmerzhaftigkeit — ein Befund, der jedoch nach psychischer Ablenkung der Kranken nicht mehr erhoben werden kann.

Nervensystem: Rachenreflex nahezu fehlend, Cornealreflex nicht vorhanden.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Lokalbefund: In der rechten Unterbauchregion 8½ cm lange Appendektomienarbe, stellenweise ½ cm breit, stark gerötet. Die Umgebung der Narbe ist in gut Handflächengröße livid verfärbt und diffus mit linsengroßen Knötchen bedeckt. Im übrigen ist das Bild wegen intensiven Jodanstriches nicht zu erkennen.

Diagnose: Hysterie. Arteficiell irritierte Appendektomienarbe.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Unter Desitinverbänden erfolgt gute Abheilung. Bemerkenswert zur Psyche der Kranken ist es, daß sie bei der Visite stets klagt, einen vollkommen depressiven Eindruck bietet und ein Gesicht macht, als könnte sie es vor Schmerzen nicht mehr aushalten. Kommt man jedoch einmal unverhofferweise in den Krankensaal, so findet man sie meist mit einem ganz vergnügten Gesicht in guter Unterhaltung mit den anderen Kranken. Durch die Behandlung sind die entzündlichen Erscheinungen der Operationsnarbe und ihrer Umgebung völlig zurückgegangen; es besteht nur noch eine schmutzigbraune Verfärbung an den betreffenden Stellen. Die Kranke kann die Klinik arbeitsfähig verlassen, nachdem auch von internistischer Seite die Diagnose auf Hysterie gestellt worden war.

Fall 9.

Babette E., 19jähriges, lediges Dienstmädchen.

Anamnese: Die Kranke litt vom ersten bis zum sechsten Schuljahre angeblich an einem Hautausschlag beider Füße. Vor vier Jahren habe sie sich am rechten Fuß gestoßen und daraufhin sei wieder eine Entzündung des ganzen Fußes eingetreten. Nach Bericht des Arztes bekam die Kranke im vergangenen Jahr, im Anschluß an eine geringfügige Verletzung Geschwüre an beiden Händen. Diese heilten auf Salben und feuchte

Verbände wieder ab, doch traten ständig neue Geschwüre auf. Die Haut rötete sich dabei zuerst in einem gewissen, umschriebenen Bezirk, es bildeten sich Blasen und auch einzelne weißliche Stellen. Diese letzteren führten dann zu Nekrosen, während die übrigen erkrankten Hautstellen rascher abheilten. Vor etwa vier Monaten trat nach einer kleinen Brandwunde am rechten Schienbein der gleiche Prozeß wieder auf. Kaum ist eine Stelle abgeheilt, so kommt meist „über Nacht" an einem anderen Ort eine neue Nekrose.

Die Menses traten erstmalig mit dreizehn Jahren auf, sistierten dann aber drei Jahre. Jetzt sind sie regelmäßig und ohne Schmerzen.

Allgemeinbefund: Guter Ernährungs- und Kräftezustand.

Innere Organe: o. B.

Nervensystem: Rachenreflex und Cornealreflex fehlen.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Spezieller Hautbefund: Über dem rechten Fußrücken befindet sich eine etwa fünfmarkstückgroße Narbe von unregelmäßiger Begrenzung. Am rechten Unterschenkel, dicht über dem Fußgelenk, zeigt sich ein scharf umschriebenes 5 cm breites und 7 cm langes Ulcus, welches teilweise mit gelben Schorfen bedeckt ist, zwischen denen epithelisierte Inseln liegen. Desweiteren finden sich am rechten Unterschenkel in Abheilung begriffene, verschieden große, oberflächlich ulcerierte Efflorescenzen, die zum Teil braungelbe Krusten tragen, zum Teil bereits frisches, rosafarbenes Narbengewebe aufweisen. Ebensolche narbig abgeheilte Stellen sind an der Wade, wie an beiden Knöcheln des rechten Unterschenkels zu sehen.

Diagnose: Artefakte.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Unter Desitin-Steifgazeverbänden erfolgt glatte Abheilung der Ulcerationen. Nach Abnahme der Steifgaze und Freilassen der nahezu abgeheilten Stellen konnte ein Neuauftreten von Bläschen beobachtet werden, die wahrscheinlich durch Reiben der Haut erzeugt wurden und unter Moronalkompressen wieder abheilten. Die Kranke wird geheilt entlassen. Für die Diagnose sprechen die glatte Abheilung unter Steifgazeverbänden und das klinische Bild.

Fall 10.

Barbara P., 18 jähriges, lediges Dienstmädchen.

Anamnese: Die Kranke leidet häufig an Erbrechen mit Kopfschmerzen. Vor fünf Monaten habe sie am rechten Unterarm eine „Flechte" gehabt. Vor fünf Wochen sei der gleiche Unterarm stärker geschwollen und es seien angeblich rote Flecken an der Haut aufgetreten, die sich dann in eiterige Stellen verwandelt hätten. Die gleiche Erkrankung habe dann auch die Brust befallen.

Die ersten Menses seien erst vor kurzem eingetreten.

Allgemeinbefund: Die Kranke iſt körperlich und pſychiſch zurückgeblieben von infantil-ptotiſchem Typ.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Rachenreflex und Cornealreflex fehlen.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Hautbefund: Die ganze linke Bruſt iſt mit dicken, eitrigen Kruſten bedeckt, zum Teil kann man ſtellenweiſe, wo die Kruſten abgehoben ſind, tiefere Hautdefekte erkennen. An der Streckſeite des rechten Unterarmes im unteren Drittel iſt die Haut teilweiſe mit Schorfen, teilweiſe mit eitrigen Kruſten bedeckt. Das Ganze iſt ſcharfkantig abgegrenzt und läßt auf den erſten Blick eine artificielle Erzeugung erkennen.

Diagnoſe: Artefakte der linken Bruſt und des rechten Unterarmes bei Hyſterie.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Unter einfachen Deſitinverbänden zeigen die Stellen anfänglich nur eine geringe Heilungstendenz. Der Übergang zu Steifgazeverbänden, die von der Kranken immer als läſtig und reibend empfunden werden, bringt jedoch eine raſch fortſchreitende Beſſerung. Von Magenbeſchwerden mit Erbrechen wird die Kranke durch eine Magenausheberung ſofort befreit.

Mit einem Deſitin-Steifgazeverband am rechten Unterarm, wo noch zwei kleine, erbſengroße Ulcerationen beſtehen, kann die Kranke als weſentlich gebeſſert entlaſſen werden, da alle übrigen Stellen abgeheilt ſind.

Aus der Art der Veränderungen und dem prompten Abheilen unter Okkluſivverbänden ließ ſich die Diagnoſe Artefakte ſtellen.

Fall 11.

Johanna M., 34jähriges, lediges Dienſtmädchen.

Anamneſe: Früher häufig ſtarke Beſchwerden infolge eines Ulcus ventriculi. Deshalb vor ſieben Jahren Operation. Noch im gleichen Jahre operiert wegen Retroflexio uteri.

Auch jetzt beſtehen noch häufig Magenbeſchwerden beſonders nach dem Eſſen, mit Aufſtoßen verbunden, die monatelang anhalten und dann wieder monatelang ausſetzen ſollen. Gleichzeitig bezw. kurz vor Auftreten der Magenſchmerzen ſollen braune Flecken im Geſicht erſcheinen.

Seit ſechs Jahren hat die Kranke am Leib eine Hautveränderung, die mit roten Flecken und Blaſenbildung beginnt, oft raſch abheilt, aber bald wieder von neuem auftritt. Vom Arzt wurde mit Salbe behandelt.

Menſes immer regelmäßig; mit 17 Jahren erſter Partus.

Allgemeinbefund: Kleine, gut ernährte Perſon mit gut entwickeltem Fettpolſter.

Innere Organe ohne krankhaften Befund.

Nervenſyſtem in Ordnung.

Pſychiſch macht die Kranke den Eindruck einer Hysterica.

Wa R: — — — M Tr R: —

Hautbefund: Über beiden Bruſthälften finden ſich rote Flecken von etwa Hühnereigröße, die am Rand ſtark pigmentiert erſcheinen. Auch auf dem Leib ſind ähnliche Flecken mit ſtarker Pigmentation zu ſehen. Ein großer, geröteter Herd mit Blaſenbildung und Epitheldefekt verläuft quer über den Oberleib. Um den Nabel herum iſt eine narbige, ebenfalls gerötete Hautveränderung feſtzuſtellen. In der Medianlinie zieht vom Proc. xyph. bis faſt zum Nabel eine etwas hypertrophiſche, reaktionsloſe Narbe (Operation!)

Ebenſo findet ſich eine querverlaufende Operationsnarbe über der Symphyſe in der Unterbauchfalte (vgl. Anamneſe!).

Auf dem linken Vorderarm ſind mehrere markſtückgroße, weiße Herde mit braunem Rand und vermehrter Follikelzeichnung zu ſehen.

Im Geſicht, beſonders an der Stirnhaargrenze und Stirne finden ſich braune Pigmentationen.

Diagnoſe: Vermutlich arteficielle Veränderungen.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Die von Epidermis freien Stellen werden mit Moronalkompreſſen 1%ig behandelt, im übrigen Deſitinſalbenverbände. Außerdem wird verſucht die Kranke pſychiſch zu beeinfluſſen. Jeden dritten Tag wird ſie elektriſiert. Es treten raſch Beſſerung und fortſchreitende Heilung ein. Ein Neuauftreten von Erſcheinungen konnte bei genauer Beobachtung der Kranken nicht mehr feſtgeſtellt werden. Sie wird geheilt entlaſſen. Die roten Flecken ſind überall abgeblaßt und die der Epidermis beraubten Bezirke epithelisiert.

Fall 12.

Babette St., 16jähriges, lediges Dienſtmädchen.

Anamneſe: Nach dem Bericht des behandelnden Arztes hatte ſich die Kranke vor vier Monaten geringfügig an der Naſe verletzt. Daran ſchloß ſich nach etwa 14 Tagen ein eryſipeloider Ausſchlag mit bullöſen Eruptionen an, der ſich unter Abheilung der zuerſt befallenen Stellen langſam über das Geſicht und den Hals ausbreitete und ſchließlich auch auf die Bruſt übergriff, wo er heute noch beſteht. Trotz dauernder Anwendung von Salben (Ichthyol), Umſchlägen und Spülungen gelang es nicht dem Fortſchreiten des Krankheitsprozeſſes Einhalt zu gebieten.

Allgemeinbefund: Dem Alter entſprechend kräftige Kranke.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Rachenreflex und Cornealreflex fehlen. Dermographismus negativ.

Wa R: — — — M Tr R: —

Hautbefund: Die Haut der Bruſt, über beiden Claviceln beginnend und über die Mammae reichend, iſt beträchtlich gerötet, ſtellenweiſe mit dicken, gelbbraunen Kruſten bedeckt und weiſt an anderen Stellen wieder Blaſenbildung von Kirſchgröße auf. Die Herde zeigen teils runde, teils ziemlich ſcharf begrenzte viereckige Form. Am Hals und im Geſicht, dem Sitz abgeheilter Herde, beſteht leichte Hyperpigmentation bezw. Pigmentverſchiebung.

Fall 12.
Babette St.

Fall 13.
Frieda Pf.

Diagnose: Artefakte.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Unter Desitinverbänden heilten die Hautveränderungen in verhältnismäßig kurzer Zeit glatt ab, sodaß die Kranke völlig geheilt entlassen werden konnte.

Die Ursache der Artefakte konnte nicht festgestellt werden: doch ergibt sich die Diagnose einwandfrei aus dem klinischen Bild, wie auch aus dem raschen Heilverlauf.

Fall 13.

Frieda Pf., 19jähriges, lediges Dienstmädchen.

Anamnese: Vor ungefähr einem Jahr seien im Anschluß an einem Hummelstich am ganzen rechten Arm Geschwüre aufgetreten, die unter starker Narbenbildung abheilten. Seither jedoch sei der Arm immer wieder an neuen Stellen von solch geschwürigen Hautveränderungen befallen worden. Die Kranke wurde deshalb von ihrem Arzt zur Klärung der Diagnose unserem Ambulatorium zugeleitet.

Spezieller Befund: Die Streckseite des ganzen rechten Armes ist bedeckt von streifenförmig angeordneten und über das Hautniveau erhabenen, keloidartigen Narben. Am linken Ellenbogen, ebenfalls mehr an der Streckseite lokalisiert, befindet sich eine fünfmarkstückgroße Ulceration, mit einem derben, nekrotischen Schorf überkleidet.

Im Allgemeinen macht die Kranke den Eindruck einer Hysterica, was durch den stark herabgesetzten Würgreflex bestätigt wird.

Hieraus, sowie aus der Anamnese und dem ganzen klinischen Bild ergibt sich die *Diagnose*: Hysterie mit Artefakten.

Der behandelnde Arzt wird über die Hautveränderungen aufgeklärt. Es werden Desitinverbände unter Steifgaze empfohlen.

Die Ursache der Artefakte ließ sich nicht ermitteln.

Fall 14.

Lina G., 21jährige, ledige Arbeiterin.

Anamnese: Bei der Kranken bestehen seit kurzer Zeit Hautverletzungen im Gesicht, die von ihr als beruflich erworben hingestellt werden, da sie bei ihrer Arbeit in der Fabrik ständig mit Säuren zu tun habe. Sie wird auch deshalb von ihrem behandelnden Arzt zur Feststellung einer Berufserkrankung unserer Poliklinik überwiesen.

Hautbefund: An beiden Wangen, scharf von der übrigen, gesunden Haut sich abhebend, sind streifenförmige Hautdefekte zu sehen, die entzündlich gerötete Ränder aufweisen und mit derben, dunklen Schorfen bedeckt sind.

Schon dieser Befund allein genügt, um den Verdacht auf artificielle Hautveränderungen rege werden zu lassen. Dazu bietet die Kranke durch ein theatralisch-wehleidiges Wesen psychisch auch noch eindeutig das Bild einer Hysterie, eine Annahme, die durch das Fehlen des Rachen- und Cornealreflexes eine gewisse Bestätigung findet.

Diagnose: Artefakte bei Hysterie.

Die Annahme einer Berufskrankheit muß demnach unbedingt abgelehnt werden, zumal noch eine Nachforschung in dem fraglichen Fabrikbetrieb ergeben hat, daß durch weitgehendste Schutzvorrichtungen eine Verätzung des Personals durch Säuren so gut wie unmöglich ist.

Nach ungefähr einem halben Jahr wird die Kranke von der Medizinischen Universitätsklinik, Erlangen, wo sie wegen Gastritis in Behandlung steht, mit erneuten Hautverätzungen im Gesicht unserem Ambulatorium überwiesen. Bemerkenswert ist, daß G. zur Zeit nicht in der Fabrik arbeitet, also nicht mit Säuren in Berührung kommt und diesmal die Hautveränderungen als „selbst entstanden" bezeichnet. Der spezielle Hautbefund im Gesicht ist der gleiche, wie er das letzte Mal erhoben wurde und oben beschrieben ist. Über die Art der Erkrankung wird der Medizinischen Klinik ein genauer Bericht zugeleitet und eine Behandlung mit Desitinsalbenverbänden empfohlen.

In weiteren poliklinischen Sprechstunden, zu denen G. von uns bestellt wird, kann ein Auftreten von neuen streifenförmigen, mit Ätzschorfen bedeckten Herden am Kinn, am Hals und der rechten Schläfenseite beobachtet werden. Die auslösende Ursache dieser Artefakte läßt sich nicht ermitteln; G. bleibt nach einer scharfen Zurechtweisung wegen ihrer Handlungsweise unserer poliklinischen Sprechstunde fern.

Mehrere Monate später konnte durch den behandelnden Arzt in Erfahrung gebracht werden, daß bei der G. dieselben artificiellen Hautveränderungen auch am ganzen linken Arm auftraten und daß sie wiederholt typisch hysterische Anfälle bekommen hatte.

Eine erbliche Belastung der G. liegt zweifellos vor; denn der Vater ist ein ausgesprochener Psychopath und befand sich deshalb schon längere Zeit in der Heil- und Pflegeanstalt, Erlangen.

Fall 15.

Margarete G., 23jährige, ledige Dienstmagd.

Anamnese: Die Kranke wurde als außereheliches Kind geboren und bei fremden Leuten erzogen. Die Pflegemutter, mit der die Kranke sich sehr gut verstand, starb vor sechs Jahren. Der Pflegevater, bei dem sie bis zuletzt war, soll ein äußerst jähzorniger, grober Mensch sein, der sie immer sehr anschrie und auch oft schlug.

Die Kranke war im allgemeinen gesund. Vor einem Jahre erkrankte sie an einer rechtsseitigen Hüftgelenkentzündung, die durch ärztliche Behandlung geheilt wurde.

Vor drei Jahren trat im Anschluß an Streuung von Kunstdünger (Kalkstickstoff) eine kleine entzündliche Stelle am linken Handrücken auf. Diese heilte zwar kurz darauf zu, brach aber in der folgenden Zeit immer gelegentlich wieder einmal auf, obwohl eine Berührung mit Kunstdünger nicht mehr erfolgte. Vor sechs Monaten traten auch an beiden Knien und am rechten Sprunggelenk ebensolche eiterig entzündliche Stellen auf und zwei Monate später wurden in gleicher Weise beide Kniekehlen und

Fall 14.
Lina G.

Ellenbeugen, ſowie der Hals befallen. Alle Stellen eiterten ſtark, heilten aber teilweiſe wieder ab. An den beiden Ellenbeugen und dem rechten Sprunggelenk wollte jedoch keine Heiluug eintreten. Dazu ſtellte ſich das alte Hüftgelenkleiden wieder ein und die Kranke wurde deshalb vom Arzt zunächſt in die hieſige Chirurgiſche Univerſitätsklinik eingewieſen. Dort konnte an beiden Hüftgelenken ein krankhafter Befund nicht erhoben werden. Sie ſtand im Verdacht der Temperaturfälſchung und wurde wegen weiteren Verdachtes auf arteficielle Hauterkrankung unſerer Klinik überwieſen.

Menarche mit 17 Jahren. Die Periode iſt immer unregelmäßig, ſetzt oft ein halbes bis dreiviertel Jahr aus und iſt ſchmerzhaft. Kein Abortus. Kein Partus. Kein Fluor.

Allgemeinbefund: Kräftige, geſund ausſehende Kranke in gutem Ernährungszuſtande. Sie ſpricht mit halblauter, leidender Stimme und hält das rechte Bein beim Gehen ſteif.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Austrittsſtelle des Nervus occipitalis druckempfindlich. Würgereflex fehlt! Sonſt normaler Befund.

Wa R: - — — M Tr R: —

Hautbefund: Am Hals, auf der ganzen Vorderſeite, befinden ſich lange, keloidartig verdickte, rötlich-blaue Narben, horizontal verlaufend mit vertikalen Ausläufern. An beiden Kniegelenken, kreisförmig um die Patella ziehend, ebenſolche Narben und an einzelnen Stellen trockene Kruſten. In beiden Knie- und Ellenbeugen dicke, rötliche Narben, die kreuz und quer ziehen. Am linken Handrücken ſind die gleichen narbigen Veränderungen mit ſtärkeren Kruſtenauflagerungen nachweisbar. Rechte Hand iſt frei.

Auf dem linken Fußrücken finden ſich zwei Ulcerationen von Markſtückgröße.

Diagnoſe: Arteficielle Dermatitis.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Byrolinſalbenverbände. An den keloidartigen Veränderungen des Halſes Anwendung von Pepſinſalbe. Die Kranke muß nach 5 Tagen wegen Erkrankung ihres Vaters beurlaubt werden und verläßt die Klinik. Sie teilt kurz darauf mit, daß ſie wegen häuslicher Verhältniſſe nicht mehr zurückkommen könne. Der behandelnde Arzt wird über die Art des Leidens aufgeklärt.

Fall 16.

Roſa R., 17 jähriges, lediges Dienſtmädchen.

Anamneſe: Vater im Kriege gefallen, Mutter nervenleidend. Ein 27 jähriger Bruder bekommt öfters, wenn er ſich aufregt, Anfälle; dieſe dauern bis zu zwei Stunden und er ſchlägt dabei mit Händen und Füßen um ſich. Vor zehn Wochen ſchüttete ſich die Kranke beim Waſchen

heißes Waſſer auf den rechten Fußrücken. Es entſtand eine große Brandblaſe, die vom Arzt mit Salbe behandelt wurde und bald wieder abheilte. Vor 14 Tagen ſei nun ganz plötzlich das rechte Bein an der Innenſeite des Knies „aufgebrochen“ und ſeitdem ſeien fortſchreitend gleiche offene Stellen an der Haut des rechten Oberſchenkels und des ganzen linken Beines aufgetreten.

Die Menarche trat mit 14 Jahren ein. Die Menſes ſeien ſehr unregelmäßig mit ſtarken Blutungen, oft von achttägiger Dauer.

Allgemeinbefund: Die Kranke iſt kräftig gebaut und zeigt einen guten Ernährungszuſtand.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Würgereflex ſchwer unlösbar; Dermographismus ruber, ſonſt normaler Befund.

Wa R: — — — M Tr R: —

Spezieller Befund: An den Streckſeiten der unteren Extremitäten befinden ſich vielgeſtaltige Ulcerationen, zum Teil in Tropfenform, die mit gelben Ätzſchorfen bedeckt ſind. Am rechten Fußrücken ſind zwei Narben von Markſtückgröße feſtzuſtellen. Das Abdomen unterhalb des Nabels zeigt Kratzeffekte.

Diagnoſe: Artefakte.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Die artificiellen Ulcera heilen unter Deſitinverbänden glatt ab. Die an ſich gut verheilenden Wunden zeigen immer wieder neue Kratzeffekte und auf ernſtliche Ermahnungen hat die Kranke ſtets nur ein dummes, ſtupides Lächeln. Sie wird völlig geheilt entlaſſen.

Die Urſache der Artefakte ließ ſich nicht ermitteln. Die Diagnoſe ergibt ſich aus dem kliniſchen Bild.

Fall 17.

Margarete L., 27jährige, ledige Dienſtmagd.

Anamneſe: Vor 1½ Jahren erlitt die Kranke beim Heben eines feſtgefahrenen Wagens durch Stoß gegen das Wagenrad eine, wie ſie ſelbſt angibt, anfänglich nur geringfügige Schürfverletzung am rechten Unterſchenkel. Nach einigen Tagen traten an der Stelle Eiterung und eine blaurote Verfärbung auf. Durch ärztliche Behandlung mit Umſchlägen ſei keine Beſſerung erfolgt und ſie wurde daher in ein Krankenhaus eingeliefert. Dort ſei ſie „in Narkoſe“ an dem Bein „operiert“ worden, worüber jedoch näheres nicht zu erfahren iſt. Nach drei Wochen wurde ſie dann als arbeitsunfähig entlaſſen, da die eiternde Stelle am Unterſchenkel immer noch nicht ganz verheilt war. Erſt in ärztlicher Nachbehandlung mit Salben ſei eine völlige Heilung eingetreten, die aber nicht von langer Dauer geweſen ſei. Nach kurzer Zeit ſei die Stelle wieder „aufgebrochen“ und in der Umgebung hätten ſich ſtändig kleine Eiter-

Fall 17.
Margarete L.

bläschen gebildet. Seither habe sich dieser Zustand trotz ärztlicher Behandlung mit Salbenverbänden und Höhensonnenbestrahlungen nicht mehr geändert. Nur bemerkte die Kranke eine eigentümliche Abhängigkeit ihres Leidens von ihrer Regel. Mit Eintritt derselben trete nämlich stets eine Besserung auf, allerdings ohne dauernden Bestand. Augenblicklich leide sie an stärkeren Unregelmäßigkeiten ihrer Menses und habe nun beobachtet, daß zu dem Zeitpunkt, an dem die Regel normalerweise hätte eintreten müssen, das erkrankte Bein sehr stark angeschwollen sei.

Vor drei Wochen erfolgte durch die hiesige Chirurgische Universitätsklinik eine Unfallbegutachtung der Kranken, auf Grund deren sie zu einem Heilverfahren in unsere Klinik eingewiesen wurde.

Menarche mit 19 Jahren. Menses alle 12—13 Wochen von 3—4tägiger Dauer. In der letzten Zeit sei die Periode unregelmäßig und mit starken Schmerzen verbunden. Kein Partus, kein Abortus.

Allgemeinbefund: etwas kleine, aber sonst kräftige Person in gutem Ernährungzustand.

Innere Organe: o. B.

Nervensystem: Rachenreflex herabgesetzt, Cornealreflex fehlt!

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Spezieller Befund: Im unteren Drittel des rechten Unterschenkels sieht man eine annähernd quadratische, 10 cm lange und 13 cm breite entzündliche Hautveränderung, innerhalb der sich ein rundliches Geschwür befindet. Dieses zeigt unregelmäßige, aber scharf begrenzte Ränder. Der Geschwürsgrund ist frei von Sekret. Etwas median von dieser Ulceration ist eine dicke Krustenauflagerung zu sehen, die der Stelle des beim Unfall erlittenen Stoßes entsprechen soll. Die ganze Hautveränderung läßt einen scharf abgesetzten Übergang vom kranken ins gesunde Gewebe erkennen, der linienförmig, direkt wie mit Bleistift und Linial gezogen erscheint.

Innerhalb der erkrankten Hautpartie sieht man noch hellere, narbige Stellen, die alle ehemaligen Ulcera entsprechen. Etwas oberhalb, sowie auch lateral vom Krankheitsherd gelegen, sind ebenfalls noch teils braune, teils rötlich verfärbte Hautpartien, die nach Angabe alle schon offen gewesen sein sollen.

Unterhalb der rechten Patella befindet sich eine 5 : 5 cm große, narbige Fläche, die in keiner Weise mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden kann.

Das linke Knie zeigt eine keloidartige Operationsnarbe, die von einer „operativen Entfernung von Steinen“ herrühren soll, welche sich die Kranke bei einem Sturz „eingeschlagen“ haben will. Neben der eigentlichen Operationsnarbe sieht man aber noch eine weitere, starke Keloidbildung, von deren Zustandekommen und Entstehungsursache die Kranke nichts weiß.

Diagnose: Das merkwürdige Krankheitsbild, sowie auch die etwas eigenartige Anamnese lassen den Verdacht auf eine artefizielle Hautschädigung als sehr naheliegend erscheinen.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Das große Ulcus wurde mit Desitinsalbe unter Steifgazeschutzverbänden behandelt und zeigte in kurzer Zeit eine vollständige Abheilung. Wegen einer stärkeren Maceration der Haut in der Umgebung mußten Moronalkompressen angewendet werden, doch war hier der Heilerfolg nur ein langsamer. Verschiedentlich konnte in dem erkrankten Bezirk eine frische Blutung festgestellt werden, die eindeutig auf irgendwelche Manipulationen der Kranken zurückgeführt werden mußte. Sie befolgte auch in keiner Weise die Anordnungen des Arztes und trotz angeordneter Bettruhe wurde sie des öfteren im Krankensaal herumspringend angetroffen. Es wurde deshalb bei strengster Bettruhe wieder zu Desitin-Steifgazeverbänden übergegangen, unter denen auch eine endgültige, gute Heilung eintrat, sodaß eine baldige Entlassung der wieder arbeitsfähigen Kranken erfolgen konnte. Eine Abhängigkeit der Erkrankung von den Menses war natürlich nicht zu beobachten, wohl aber wurde die Kranke mehrfacher Temperaturfälschungen überführt. Nach ihrer Entlassung wurde von einer Saalkranken berichtet, daß sie die L. mehrmals beobachtet habe, wie sie mit einer „Scheuerbürste" das Geschwür „bearbeitet" hätte und auf Befragen, den Juckreiz als Grund zu diesem sinnlosen Handeln angab. Mit dieser Beobachtung dürfte wohl auch dieser Fall als Artefakt einwandfrei geklärt sein.

Fall 18.

Katharina P., 22 Jahre, ledig, ohne Beruf.

Anamnese: Vor einem Jahr traten bei der Kranken aus unbekannter Ursache drei etwa stecknadelkopfgroße, mit Eiter gefüllte Bläschen an der Streckseite des rechten Unterschenkels auf. Aus diesen Bläschen hätte sich bald ein Geschwür gebildet, das trotz ärztlicher Behandlung mit Salben erst nach 4 Monaten abgeheilt sei. Vor 5 Wochen hätten sich nun am linken Unterschenkel unter der Haut wieder solche Bläschen gebildet, die nach Aufbrechen das jetzt bestehende Geschwür verursacht hätten. Die Behandlung blieb bisher erfolglos und die Kranke suchte deshalb auf Anraten ihres Arztes unsere Klinik auf.

Menarche mit 14 Jahren; Menses nicht immer regelmäßig, von dreitägiger Dauer, ohne besondere Beschwerden. In letzter Zeit mehrmals „Herzanfälle".

Allgemeinbefund: kräftig gebautes, junges Mädchen in gutem Ernährungszustand.

Innere Organe: o. B.

Nervensystem: Rachenreflex und Cornealreflex fehlen.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Spezieller Hautbefund: An der Streckseite des linken Unterschenkels, im mittleren Drittel, befindet sich eine etwa markstückgroße Ulceration, scharf begrenzt, mit speckig belegtem Geschwürsgrund und leicht erhabenen Rändern, die nicht unterminiert sind. Die Umgebung weist eine entzünd-

liche Rötung auf, die sich namentlich nach abwärts fortsetzt. Dort sind, wenige Zentimeter entfernt, eine pfennigstückgroße, krustöse Stelle, sowie einige kleinere, frisch erodierte Stellen zu sehen. Lateral davon gelegen, befinden sich ebenfalls vier entzündlich veränderte Hautstellen, von Linsen- bis Markstückgröße. Aus einer derselben, die mit einer braunen Kruste bedeckt ist, quillt auf Druck Eiter, während zwei weitere einen mehr frisch erodierten Charakter aufweisen, eine kreisrunde Form haben und nässen. Die vierte, etwa markstückgroße Hautveränderung weist an ihrer Oberfläche leichte Schuppung auf und zeigt eine derbe, knotige Beschaffenheit.

Am rechten Handgelenk sind auch einige kleinere, krustös veränderte, entzündliche Hautstellen vorhanden, die jedoch in Abheilung begriffen sind. Daneben findet sich eine kleine, frisch eroidierte Hautstelle.

Diagnose: Beim ersten Eindruck glaubt man, chronische Pyodermien vor sich zu haben. Wenn man aber das ganze Krankheitsbild etwas eingehender überblickt und besonders die scharf begrenzten, frischen Erosionen in Betracht zieht, so kann man sich des Gedankens an eine artificielle Hautschädigung nicht erwehren.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Die Stellen am rechten Handgelenk heilen unter Alkoholverbänden und Rivanolzinkpaste völlig ab. Am linken Unterschenkel kommen anfänglich Moronalkompressen zur Anwendung, die aber angeblich brennen und daher durch Borwasserkompressen ersetzt werden. Hierunter erfolgte gute Reinigung der Geschwüre. Durch weitere Behandlung mit Schwefelpaste erfolgte auch hier glatte Heilung, bis auf die große Ulceration in Unterschenkelmitte, die eine etwas langsame, aber doch fortschreitend gute Heilungstendenz zeigte. Ein sicherer Anhaltspunkt für Artefakte konnte nicht gefunden werden. Trotzdem aber wurde an die Kranke eine dringliche Ermahnung in dieser Hinsicht gerichtet, worauf sie jedoch nur mit einem merkwürdigen Lächeln, das unbedingt hysterisch anmutete, antwortete. Da eine wesentliche Besserung eingetreten war, konnte eine weitere ambulante Behandlung erfolgen. Die immer noch nicht vernarbte, größere Ulceration wurde mit feuchter Kammer behandelt. Im Verlauf der weiteren Behandlung konnte nun mit Sicherheit festgestellt werden, daß die Kranke zu Hause die Verbände abnahm, um ihr Geschwür wahrscheinlich mit den Fingernägeln zu bearbeiten. Es fanden sich nämlich wiederholt frische Blutungen am Ulcus und eines Tages in der Umgebung einwandfreie neue, wohl durch Kratzen entstandene Exkoriationen. Deshalb wurden nun Steifgazeverbände angelegt, unter denen dann eine glatte Abheilung erzielt werden konnte. Damit dürfte wohl der artificielle Charakter der Erscheinungen seine Bestätigung gefunden haben.

Fall 19.

Margarete G., 14jährige, ledige Verkäuferin.

Anamnese: Vor etwa fünf Monaten war die Kranke mit Umfüllen von pulverisierter Soda beschäftigt. Sie sei dabei plötzlich ausgeglitten und hingestürzt, was eine starke Staubwirkung der Soda zur Folge gehabt habe.

Dieſer Staub habe ſich am linken Vorderarm niedergeſchlagen und ſtarkes Brennen verurſacht, weshalb die Kranke kaltes Waſſer darüber laufen ließ, was jedoch die Schmerzen noch vermehrte. In den nächſten Tagen ſeien am linken Unterarm mehrere verſchieden große Blaſen aufgetreten und auch am rechten Unterarm hätten ſich ſolche gebildet. Dieſe Blaſen hätten ſich weiter in tiefe Geſchwüre umgewandelt. Unter ärztlicher Behandlung mit Borwaſſerumſchlägen und Salben ſeien die Stellen gut abgeheilt, bis auf eine Stelle am rechten Handgelenk, die auch jetzt noch offen ſei. Zeitweiſe ſeien aber immer wieder kleinere Bläschen aufgetreten, die vom Arzt aufgezwickt worden ſeien. Vor kurzem hätten ſich nun am linken Unterarm wieder größere Blaſen mit Geſchwüren gebildet, was den Arzt veranlaßt habe, die Kranke in unſere Klinik einzuweiſen.

Menarche mit 12 Jahren, Menſes regelmäßig, alle vier Wochen mit 3—4tägiger Dauer und ohne Beſchwerden.

Allgemeinbefund: Voll entwickeltes, mittelgroßes, junges Mädchen in gutem Ernährungs- und Kräftezuſtand.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Rachenreflex fehlt, Cornealreflex herabgeſetzt.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Hautbefund: An der Lateral- wie Streckſeite des linken Unterarmes finden ſich pfennigſtückgroße, gerötete, narbige Hautpartien, die eine rundliche Form haben und ſcharf abgegrenzt ſind. Gleiche Hautveränderungen von Linſen- bis Pfennigſtückgröße ſind am linken Handgelenk, Ellenbogengelenk und im unteren Drittel des linken Obararmes, desgleichen auch an der rechten Unterarmſtreckſeite in diffuſer Ausſaat vorhanden. An der Streckſeite des rechten Handgelenkes beſteht ein pfennigſtückgroßes, ſcharf begrenztes und kreisrundes Ulcus mit leicht kruſtig belegtem Grund und entzündlich geröteter Umgebung.

Abweichend von den bisher beſchriebenen Erſcheinungen ſind an der Beugeſeite des linken Unterarmes entzündliche Hautveränderungen vorhanden, die in ſtreifenförmiger Anordnung quer über den linken Unterarm verlaufen und das Bild typiſcher Schürfwunden bieten. Sie erwecken hinſichtlich Verlauf und Ausſehen den ſicheren Eindruck, durch die Fingernägel der rechten Hand erzeugt worden zu ſein.

Diagnoſe: Schon aus den zweifelhaften Angaben der Kranken über die Entſtehung der Hautveränderungen, im beſonderen aber aus dem charakteriſtiſchen kliniſchen Bild iſt die Diagnoſe mit großer Wahrſcheinlichkeit auf Hyſterie und Artefakte zu ſtellen.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Die Diagnoſe beſtätigt ſich ex therapia, d. h. durch ein glattes Abheilen ſämtlicher Erſcheinungen unter Steifgaze-Salbenverbänden. Neuauftreten von gleichen Stellen wird nicht beobachtet, doch klagt die Kranke eines Tages über ſtarke „Fliegenſtiche“ an der rechten Wade. Dort finden ſich zwei linſengroße, gerötete,

nässende Stellen von rundlicher Form, die mehrere kleinste Stichöffnungen aufweisen. Das ganze Bild spricht absolut in keiner Weise für einen Insektenstich, sondern macht vielmehr den Eindruck, als ob es durch Sticheln mit einer Nadel erzeugt worden sei. Auf eine entsprechende, scharfe Zurechtweisung wegen ihres törichten Handelns findet die Kranke keine Erwiderung. Sie kann geheilt, arbeitsfähig entlassen werden. Am letzten Tage ihres Klinikaufenthaltes wird sie eines Diebstahles von 5 Mark überführt. Sie hatte das Geld einer Saalkranken entwendet und hielt es auf dem Klosett im Ofen verborgen.

Fall 20.

Emilie Sch., 24jähriges, lediges Dienstmädchen.

Anamnese: Schon vor längerer Zeit seien am rechten Unterarm auf unerklärliche Weise „von selbst" Geschwüre aufgetreten, die trotz mehrfacher ärztlicher Behandlung nie zugeheilt seien, weswegen auch ärztlicherseits eine Einweisung in unsere Klinik erfolgte.

Menarche mit 20 Jahren. Menses stets unregelmäßig in Abständen von 14 Tagen bis zu acht Wochen. Immer starke Blutungen, die meist 6 Tage dauern und anfänglich mit heftigen Schmerzen verbunden sind. Kein Abortus. Mit 21 Jahren erster Partus und Operation eines hierbei entstandenen Uterusprolapses.

Allgemeinbefund: Die Kranke zeigt einen guten Ernährungs- und Kräftezustand.

Innere Organe: o. B.

Nervensystem: Rachen- und Cornealreflex fehlen.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Hautbefund: Die Streck- und Beugeseite des rechten Unterarmes weist zahlreiche, verschieden große, geschwürige Hautdefekte auf. Diese Stellen zeigen teils Neigung zu konfluieren, teils erscheinen sie als kleine, tropfenförmige Spritzer, die sogar das charakteristische Ablaufen aufgespritzter Flüssigkeitstropfen erkennen lassen. Sämtliche Veränderungen weisen eine stark entzündlich gerötete Umgebung auf, heben sich aber von dieser scharf begrenzt ab. Neben diesen Erscheinungen sieht man zahlreiche Narben von verschiedener Größe.

Diagnose: Bei diesem typischen klinischen Bild und der ganz unklaren Entstehung dürfte wohl kein Zweifel bestehen, daß Artefakte bei einer hysterischen Kranken vorliegen.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Es werden Desitinsalbenverbände unter Steifgazeverbänden angelegt, unter denen in kurzer Zeit eine völlige Abheilung erzielt wird.

Bald nach ihrer Entlassung aus der Klinik sucht die Kranke wieder unsere Sprechstunde auf, wegen eines neuerlichen Geschwürs am rechten

Unterarm. In ambulanter Behandlung wird jedoch wenig Besserung erreicht. Wenige Monate später erfolgt eine erneute Klinikaufnahme, da ein frisches Ulcus am rechten Unterschenkel aufgetreten ist, angeblich dadurch entstanden, daß die Kranke bei der Arbeit mit dem Bein gegen einen Pflug gestoßen sei.

Befund: Am rechten Unterschenkel, in der Mitte der Streckseite ist eine etwa fünfmarkstückgroße, mit einem roten Hof umgebene Ulceration zu sehen. Der Grund ist schmierig, graugelb verfärbt, die Randpartien sind krustös belegt. Auffallend ist wieder die scharf umschriebene Begrenzung des Geschwürs.

Es besteht daher kein Zweifel, daß wieder ein Artefakt vorliegt.

Die Heilung unter Desitin-Steifgazeverbänden geht diesmal nur langsam vorwärts. Es wird nach bereits eingetretener Besserung wiederholt an der ulcerierten Stelle neues, leichtes Bluten und Nässen festgestellt, ein Befund, der nicht als der Norm entsprechend angesehen werden konnte. Es mußte daher angenommen werden, daß die Kranke wieder Manipulationen irgendwelcher Art vorgenommen hatte. Sie hielt sich auch nicht im geringsten an ärztliche Anordnungen und lief trotz verordneter strenger Bettruhe den ganzen Tag herum. Es erfolgte daher bei einem immerhin wesentlich gebesserten Zustand die Entlassung als arbeitsfähig. Der behandelnde Arzt und die Kasse erhielten einen genauen Bericht über das Leiden der Kranken und deren Verhalten.

Drei Jahre später wurde die Kranke wieder zu stationärer Behandlung in unsere Klinik aufgenommen. Vor acht Tagen war sie beim Rodeln mit einem anderen Schlitten zusammengestoßen. Dabei habe sie sich wieder an ihrem ehemals erkrankten rechten Bein verletzt. Aber auch am linken Unterschenkel habe sie sich bei dem Anprall eine Schürfwunde zugezogen. Diese Stelle sei stark angeschwollen, habe sich blau verfärbt und sei aufgebrochen. Ärztlicherseits wurden Salben angewendet, auf die jedoch eine Verschlechterung eingetreten sei. Deshalb erfolgte vom Arzt die Einweisung in die Klinik.

Befund: Am linken Unterschenkel, in der Mitte der Streckseite, findet sich ein scharf umrandetes Ulcus in Ausdehnung von 2,8 : 2,5 cm. Die Umgebung ist entzündlich gerötet, der Geschwürsgrund schmierig belegt. In gleicher Höhe bestehen an der Streckseite des rechten Unterschenkels mehrere ebenfalls scharf umschriebene, geschwürige Veränderungen von kleineren Ausmaßen. Alle Stellen früherer Artefakte sind narbig abgeheilt. Diese Narben zeigen zum Teil eine livide Verfärbung und keloidartige Formen.

Daß es sich auch jetzt wieder um eine Selbstbeschädigung handelte, war mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Es wurden anfänglich Alkoholverbände gemacht; dann erfolgte Behandlung mit Desitinsalbe unter Steifgazeverbänden, womit am rechten Unterschenkel eine glatte Abheilung eintrat. Auch das Ulcus am linken Unterschenkel verkleinerte sich zusehends. Letzte Maße: 1,0 : 0,9 cm.

Die Kranke mußte dann wegen dringenden Antritts einer neuen Dienststelle entlassen werden. In ambulanter Weiterbehandlung erfolgte unter Steifgazeverbänden restlose Abheilung. Wodurch die Artefakte erzeugt wurden, konnte nicht ermittelt werden.

Fall 21.

Walburga B., 30jährige, ledige Dienstmagd.

Anamnese: Vor drei Jahren sei plötzlich am linken Handgelenk ein etwa fünfmarkstückgroßer, roter Flecken aufgetreten und zugleich hätten sich in der Umgebung kleine Eiterbläschen gebildet. Der Flecken sei nach einigen Tagen größer geworden, habe sich schwärzlich verfärbt und sei aufgebrochen. Ebenso hätten die umliegenden Pusteln sich zu kleinen Geschwüren entwickelt und der Arm sei dabei stark angeschwollen. Die Kranke suchte deshalb einen Arzt auf, der sie mit Salbenverbänden behandelte, bald aber in ein Krankenhaus einwies, da keine Besserung eintreten wollte. Hier sei nach vier Wochen völlige Heilung erfolgt. Einige Wochen nach der Krankenhausentlassung hätten sich jedoch die gleichen Hautveränderungen am rechten Unterschenkel eingestellt. Etwas oberhalb des rechten Fußgelenkes habe sich zunächst ein breiter, roter Streifen circulär um den Unterschenkel gebildet; darauf hätten sich dann wieder kleine Eiterbläschen entwickelt und seien ebenfalls „aufgebrochen". Auch hier habe eine kurze Krankenhausbehandlung völlige Heilung gebracht und sie sei längere Zeit frei von solchen Erscheinungen geblieben. Vor 1½ Jahren sei aber der alte Krankheitsprozeß am rechten Unterschenkel wieder aufgetreten mit Bildung von diesmal etwas größeren Eiterblasen, die sich angeblich blauschwarz verfärbt hätten und unter starker Schwellung und Schmerzhaftigkeit des ganzen Beines „aufgebrochen" seien. Die Kranke stand wechselnd in ärztlicher Behandlung und war mehrmals auch in einem Krankenhaus untergebracht. Das Leiden sei zwar zeitweise darauf besser gewesen, sei aber nie mehr völlig ausgeheilt. Es habe sich vielmehr langsam über den ganzen Unterschenkel und auch Oberschenkel ausgebreitet, indem immer wieder neue Stellen in der geschilderten Weise aufgetreten und die alten unter Narbenbildung abgeheilt seien.

Seit einem dreiviertel Jahr hat die Kranke wegen ihrer Hauterkrankung um Rente eingegeben. Erst vor kurzem wurde ihr eine solche auch zugesprochen; gleichzeitig mußte sie sich aber auf Veranlassung der Landesversicherungsanstalt in die hiesige Chirurgische Universitätsklinik zur Begutachtung begeben. Von dort wurde uns die Kranke wegen Verdachtes auf artificielle Hautschädigung überwiesen.

Menarche mit 13 Jahren. Menses etwas unregelmäßig, von zweitägiger Dauer und ohne Beschwerden.

Allgemeinbefund: Es handelt ſich um eine mittelgroße Kranke in gutem Ernährungs- und Kräftezuſtand.

Innere Organe: o. B.

Nervenſyſtem: Rachenreflex herabgeſetzt, Cornealreflex fehlt.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Hautbefund: Der rechte Ober- und Unterſchenkel ſind vornehmlich an der Vorderfläche und den ſeitlichen Partien in diffuſer Ausſaat mit pfennig- bis markſtückgroßen Narbenſtellen bedeckt, die alle ſcharf umſchrieben ſind und vielfach eine bräunliche Pigmentation aufweiſen. Teilweiſe haben dieſe Stellen auch keloidartigen Charakter, oder ſie zeigen leichte Fältelung und Atrophie der Haut. Im unteren Drittel des rechten Unterſchenkels und am Fußrücken finden ſich diffus verſtreut, pfennig- bis markſtückgroße, ulcerierte Hautdefekte mit ſcharf umſchriebenen Rändern und entzündlich gerötetem Hof. Sie weiſen im Zentrum meiſt eine ſtarke, ſchwarz verfärbte Nekroſenbildung auf; zum Teil haben ſie auch einen ſchmierig, eitrig belegten Grund und verbreiten einen ziemlichen Foetor.

Die Hautpartien zwiſchen dieſen einzelnen Ulcerationen ſind bräunlich verfärbt.

Über dem linken Handgelenk iſt eine narbige Veränderung vorhanden, die von der Streckſeite auf die Beugeſeite übergreift. Sie iſt ſcharf gegen die normale Umgebung abgegrenzt, zeigt eine bräunliche bis livide Verfärbung, ſowie eine glänzende, atrophiſche, leicht gefältelte Haut.

Diagnoſe: Bereits nach der durchaus zweifelhaft erſcheinenden Vorgeſchichte mit dem unerklärlichen Auftreten des Leidens und deſſen ſtändigem Recidivieren, vollends aber nach dem typiſchen kliniſchen Bild, den ſcharf umſchriebenen, an leicht zugänglichen Körperſtellen gelegenen Veränderungen, unterliegt es keinem Zweifel, daß es ſich in vorliegendem Fall um Artefakte handelt.

Behandlung und *Krankheitsverlauf:* Es werden Deſitinſalbenverbände angelegt und durch Steifgaze geſichert. Schon nach den erſten Verbänden iſt eine ganz weſentliche Beſſerung an allen erkrankten Stellen zu verzeichnen und unter weiterer Durchführung dieſer Behandlung erfolgt eine glatte und völlige Heilung ſämtlicher Erſcheinungen. Ein Neuauftreten gleichartiger, oder anderer Hautdefekte konnte nicht beobachtet werden.

Das die Nekroſen und Geſchwürsbildungen auslöſende Mittel war nicht feſtzuſtellen, ebenſowenig ein beſtimmtes Motiv hierzu, ſodaß es dahingeſtellt bleiben muß, ob das Verlangen nach einer Rente zu dieſer Selbſtbeſchädigung führte, oder ob dieſe irgendwelchen Vorſtellungen hyſteriſcher Art entſprungen iſt, was bei der zweifellos ſtark hyſteriſchen Veranlagung der Kranken als näherliegend erſcheinen dürfte. Die Kranke konnte geheilt entlaſſen werden mit der eindringlichen Ermahnung, ihr törichtes Unterfangen nicht mehr fortzuſetzen.

Fall 21.
Walburga B.

Bei den bisher beſchriebenen Fällen handelt es ſich um Hautbeſchädigungen, die als Ausdrucksform einer im übrigen mehr oder minder bei den betreffenden Kranken in Erſcheinung tretenden Hysterie zu werten ſind. Eine Ausnahme davon bildet nur die erſte Kranke, bei der die Hauterſcheinungen in einer klar zutage tretenden betrügeriſchen Abſicht erzeugt worden waren und daher als Simulation angeſprochen werden müſſen. Im gleichen Sinne ſind auch die im folgenden noch beſchriebenen Selbſtbeſchädigungen von vier männlichen Kranken als Simulation zu deuten, da ſie ebenfalls einem offenſichtlichen Betruge dienen ſollten.

Fall 22.

Karl Heinz E., 16jähriger Schüler.

Anamneſe: Vor acht Monaten habe der Kranke in der Schule bei chemiſchen Übungen infolge Unachtſamkeit eines Mitſchülers Ätzverletzungen an der rechten Hand erlitten. Der betreffende Mitſchüler erhitzte in einem Reagensglas mit konzentrierter Schwefelſäure verſetzte Kupferſpäne. Dabei ſei der Holzhalter, mit dem das Reagensglas über die Flamme gehalten wurde, wahrſcheinlich durch Unvorſichtigkeit aufgegangen, das Reagensglas ſei herausgeſprungen und ſein Inhalt ſei dem danebenſtehenden E. über die rechte Hand geſpritzt. An den verletzten Hautpartien wären anfänglich Blaſen aufgetreten, die nach kurzer Zeit aufgebrochen ſeien. Trotz dauernder ärztlicher Behandlung mit verſchiedenen Salben hätten die verätzten Stellen nur eine ſchlechte Heilungsneigung gezeigt. Sie ſeien ſtändig ſtark gerötet geblieben, beſäßen in der Mitte einen „eiterigen Kern“ und von Zeit zu Zeit würden ſie immer wieder „von innen heraus“ aufbrechen. Seit 14 Tagen ſei dies neuerdings in einem beſonders ſtarken Grade eingetreten — merkwürdigerweiſe gerade zu einer Zeit, da in der Schule die ſchriftlichen Prüfungsarbeiten begonnen haben —. Da jede ärztliche Behandlung bis jetzt verſagt hatte, wurde der Junge von ſeinem Vater zur Klärung dieſer ſonderbaren Erkrankung in unſere Klinik gebracht.

Allgemeinbefund: Der ſeinem Alter entſprechend kräftig gebaute Junge zeigt einen guten Ernährungszuſtand.

Innere Organe ſind ohne krankhaften Befund.

Nervenſyſtem: Rachenreflex iſt herabgeſetzt, Cornealreflex fehlt!

Spezieller Befund: An der rechten Hand, ausſchließlich auf deren Streckſeite gelegen, finden ſich zahlreiche Hautdefekte. Über der Handwurzel, dem Handrücken, der I. und II. Phalanx ſämtlicher Finger, ſowie

über dem Metacarpale des Daumens sieht man zum größten Teil ganz frische, mit blutig-serösem Sekret bedeckte Exkoriationen, teils aber auch mit bräunlichen Krusten belegte Herde, die bereits einem abheilenden Stadium angehören. Sämtliche Hautdefekte sind scharf umschrieben und haben eine länglich-ovaläre Form von $1^1/_2$—2 cm Länge und $^1/_2$ cm Breite. Auch auf der Streckseite des rechten Unterarmes, im vorderen Drittel, sowie mitten über dem linken Handrücken sind je zwei gleichartige Hautdefekte gelegen. Neben diesen eben beschriebenen Veränderungen kann man weiter feststellen, wie bereits abgeheilte, frisch vernarbte Stellen erneut aufgekratzt sind und leichte Blutungen bezw. feine, frische Blutkrüstchen aufweisen.

Diagnose: Alle diese Hauterscheinungen, die nach ihrer ganzen Anordnung an der rechten Hand ausgesprochene Kratzspuren sämtlicher linken Finger darstellen, müssen daher schon auf den ersten Blick als solche angesprochen werden.

Dem Jungen wird ins Gesicht gesagt, daß er sich diese Verletzungen selbst beigebracht habe, was er freilich hartnäckig leugnete. Zu dem so charakteristischen klinischen Bild kommt noch die aus den Angaben des Vaters zu entnehmende Absicht des Jungen, sich den unangenehmen schriftlichen Prüfungen zu entziehen, da er ja die verbundene rechte Hand nicht zum Schreiben benutzen konnte. Es dürfte wohl kein Zweifel bestehen, daß es sich hier um sichere Artefakte handelt.

Der Vater des Jungen, sowie der behandelnde Arzt werden über die Erkrankung aufgeklärt.

Fall 23.

Jakob Z., 30jähriger, lediger Landhelfer

Anamnese: Der Kranke erlitt vor acht Jahren durch den Hufschlag eines Pferdes eine Verletzung am linken Knie. Die Wundstelle sei lange Zeit offen geblieben und sei erst nach einer Transplantation von der Haut des Oberschenkels zugeheilt. Z. bezog bis vor 2 Jahren wegen dieses landwirtschaftlichen Unfalles eine Rente. Vor 7 Monaten hatte der Kranke einen weiteren beruflichen Unfall. Er wurde von einer Kuh angesprungen und erhielt hierbei wieder an der alten Verletzungsstelle am linken Knie Abschürfungen, die, wenn auch anfänglich von leichter Natur, ebenfalls erst nach auffallend langer Zeit abheilten. Das linke Knie sei aber ständig stark geschwollen geblieben, weshalb der behandelnde Arzt Umschläge mit essigsaurer Tonerde verordnete. Daraufhin seien an der Haut kleine Eiterbläschen entstanden, die vor ungefähr drei Monaten zu einem erneuten „Aufbrechen" des Knies geführt hätten. Die bisherige Behandlung mit Salben sei ohne den geringsten Erfolg geblieben, weshalb der Arzt den Kranken unserer Klinik überwies. Z. hat im Anschluß an diesen Unfall neuerdings um Rente nachgesucht!

Allgemeinbefund: Der Kranke ist von asthenischem Habitus und zeigt einen reduzierten Ernährungs- und Kräftezustand.

Innere Organe: Lunge: perkutorisch, auskultatorisch und röntgenologisch o. B.

Herz: absolut und relativ zwei Querfinger nach links verbreitert. Über der Mitralis lang gezogenes, systolisches Geräusch hörbar, (vor drei Jahren habe eine Herzerkrankung mit Fieber bestanden).

Bauchorgane: o. B.

Nervensystem: Rachenreflex und Cornealreflex fehlen.

Im oberen Brustbereich deutlich nachweisbarer idiopathischer Muskelwulst.

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Spezieller Befund: Das linke Kniegelenk zeigt an seiner Vorderseite, besonders über der Patella eine Rötung der Haut und im ganzen eine geringe Schwellung. An der Innenseite finden sich alte narbige Veränderungen, sowie fünf über bohnengroße, geschwürige Hautdefekte. Diese sind scharf umschrieben und haben ziemlich glatte Ränder. Der Geschwürsgrund ist grau-weißlich, kruftig belegt, die Geschwürstiefe beträgt wenige Millimeter. In der Umgebung ist die Haut stärker gerötet und verdickt. Neben diesen frischen Geschwürsstellen sieht man auch bereits in Abheilung begriffene, mehr im oberen Drittel des Unterschenkels gelegene Herde, sowie außerdem zahlreiche, frische Narben, die wohl ebensolchen, schon abgeheilten Hautdefekten entsprechen dürften.

Die Beweglichkeit im linken Kniegelenk ist eingeschränkt und aktive Beugung nicht ganz bis zu einem rechten Winkel möglich.

Maße:

Umfang	oberer Rand der Patella	Mitte der Patella	unterer Rand der Patella
Linkes Kniegelenk	33,5 cm	35,3 cm	33,0 cm
Rechtes Kniegelenk	32,0 cm	33,5 cm	32,0 cm

In der Mitte der linken Oberschenkelstreckseite ist eine depigmentierte, 4,5 : 3,5 cm große Narbe, als Rest der oben angeführten Plastik, zu sehen. Am rechten Handrücken finden sich mehrere, kleinere Narben, angebliche Verbrennungsfolgen.

Diagnose: Die scharf umschriebenen Hautdefekte am linken Kniegelenk und ihre immerhin ganz unklare Entstehungsursache mußten den Verdacht auf Artefakte erwecken.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Nach Reinigung der Geschwüre unter Moronalkompressen wurde zu Desitinverbänden übergegangen. Hierbei wurde jedoch wiederholt eine wesentliche Verschlechterung sämtlicher Stellen beobachtet, welche starke Rötung und ganz frische Blutungen aufwiesen und dadurch den Verdacht erweckten, daß diese Verschlimmerung durch Irritationen der Haut von seiten des Kranken verursacht würde.

Es wurden deshalb Steifgazeverbände angelegt, unter denen rasch eine auffallende Besserung eintrat. Bei probeweisem Freilassen der Stellen zeigte sich sofort wieder Verschlechterung in angeführter Weise. Unter den Steifgazeverbänden fühlte sich der Kranke sichtlich nicht wohl, da die Heilung gut fortschritt und seine Entlassung bald zu erwarten stand. Sein Bestreben, in irgendeiner Weise krank zu erscheinen, kam dadurch zum Ausdruck, daß er jetzt ständig über Magenbeschwerden klagte, für die sich jedoch absolut kein objektiver Befund erheben ließ.

Unter Steifgaze-Desitinsalbenverbänden wurde eine völlige Abheilung sämtlicher geschwürigen Veränderungen des linken Kniegelenkes erzielt. Das Kniegelenk selbst zeigte keinerlei Schwellungen mehr; auch war die Bewegungsmöglichkeit wieder vollkommen frei. Der Kranke konnte daher geheilt, arbeitsfähig entlassen werden. Die Diagnose „Artefakte" dürfte nach dem glatten Heilverlauf ex therapia ihre Bestätigung gefunden haben. Z. machte auch ständig den Eindruck eines äußerst arbeitsscheuen Menschen, dessen ganzes Streben nur auf Erhalt einer erneuten Unfallrente gerichtet schien.

Fall 24.

Jakob H., 55jähriger, verheirateter Landwirt.

Anamnese: 1914 hatte sich der Kranke in den ersten Mobilmachungstagen bei einem Militärpferdetransport angeblich infolge Erkältung eine schwere Bronchitis zugezogen, weswegen er in der Folgezeit nur garnisonverwendungsfähig blieb und in einer Truppenküche beschäftigt wurde. Hier sei ihm 1916 heißes Wasser über den rechten Fuß geschüttet worden, was zu einer stärkeren Verbrühung der Haut geführt habe. Es seien an der verbrühten Stelle große Brandblasen entstanden, die vom Arzt eröffnet wurden. Darauf sei zwar eine rasche Heilung eingetreten, die frisch vernarbten Stellen seien jedoch durch den Druck des Stiefels ständig wieder aufgebrochen. Der Arzt soll diese Hautveränderungen damals als nässende Flechte bezeichnet haben. Trotz aller möglichen Behandlung sei das Leiden nie mehr verschwunden; es habe sich wohl unter ärztlicher Behandlung zeitweise gebessert, jedoch habe der Kranke seit 1916 bis jetzt deshalb dauernd den Arzt aufsuchen müssen.

1920 sei bei ihm eine Lungenerkrankung aufgetreten, die er als Kriegsleiden auf die 1914 erworbene Bronchitis zurückführt. Er habe damals Blutspucken müssen und sei längere Zeit in einem Krankenhaus gewesen, wo angeblich ein Tbc. festgestellt wurde. Damals hätten sich an der linken Brustseite eitrige Knötchen gebildet und aus diesen kleine Geschwüre. Auch diese Hauterscheinungen seien, wie die am rechten Fuß, anfänglich unter ärztlicher Behandlung gut abgeheilt, in der folgenden Zeit aber, immer wieder aufgebrochen.

H. bezieht wegen seiner Erkrankung im ganzen 40% Kriegsrente!

Bei diesen Angaben wiederspach sich auf wiederholte Fragen der Kranke dauernd. So verneinte er z. B. nach einiger Zeit, 1920 eine

Hämoptoë gehabt zu haben, während er dies anfangs angegeben hatte. Weiter gab er eines Tages an, der „Ausschlag" an der Brust rühre von einer Verletzung mit einem scharfen Knochen her, die er 1916 in der Truppenküche erlitten habe, während er kurz vorher noch geschildert hatte, wie diese Hautveränderungen 1920 infolge seiner Lungenerkrankung entstanden seien. Als er merkte, daß er durch die wiederholten Fragen sich in Widersprüche verwickelte, verweigerte er weitere Auskünfte mit der Begründung, er könne sich an all diese Dinge nicht mehr so genau erinnern; zu Hause habe er sich aber in einem Büchlein alles aufgeschrieben!

Allgemeinbefund: Der Kranke zeigt einen mittleren Ernährungs- und Kräftezustand.

Innere Organe: Herz: o. B.

Lunge: perkutorisch, auskultatorisch, sowie röntgenologisch war kein krankhafter Befund zu erheben.

Bauchorgane ebenfalls nicht krankhaft verändert.

Nervensystem: Cornealreflex herabgesetzt. Rachenreflex fehlt!

Der Kranke hat das subjektive Gefühl, als ob ihm ein Zwirnknäuel im Rachen stecke!

Wa R: — — — M Tr R: — M Kl R: —

Spezieller Befund: Der ganze rechte Fußrücken ist stark gerötet und mit zahlreichen, alten Narben von verschiedener Größe, sowie frischen, geschwürigen Hautdefekten bedeckt. Letztere zeigen eine scharf umschriebene Form und sind pfennig- bis markstückgroß. Nahe dem Interdigitalraum der III. und IV. Zehe, auf der Streckseite des Fußes gelegen, findet sich eine gleiche ulcerierte Stelle. Innen- und Außenseite des Fußes sind im wesentlichen frei von Erscheinungen. Im unteren Drittel des rechten Unterschenkels sieht man zahlreiche, narbig veränderte und bräunlich pigmentierte Hautbezirke, die alle eine scharflinige Begrenzung erkennen lassen; an der Beugeseite ist eine solche Stelle von Handtellergröße und darunter eine etwas kleinere gelegen. Daneben bestehen mehrere, deutliche Kratzeffekte, teils frisch und nässend, teils älterer Natur, mit Krusten belegt.

An der linken Brustseite findet sich eine Hautveränderung, deren obere Begrenzung scharflinig mit dem Schlüsselbein verläuft und die im ganzen eine scharf umschriebene, nahezu quadratische Form aufweist von 8:9 cm Größe. In den Randpartien zeigt diese Stelle eine stärkere Pigmentation, sowie geringe Atrophie der Haut; im Zentrum ist sie stärker gerötet und nässend.

Wenige Zentimeter unterhalb dieser Stelle sind einige pigmentlose, narbige Herde von Pfennigstückgröße zu sehen.

Sobald man bei der Untersuchung die erkrankten Hautstellen berührt, zuckt der Kranke angeblich vor Schmerz zusammen und verzieht das Gesicht, was jedoch bei psychischer Ablenkung unterbleibt.

Auffallend ist auch das direkt demonstrative Gebaren, das der Kranke beim Niesen und Husten an den Tag legt, wobei er sich weit abwendet und theatralisch die Hand vorhält.

Diagnose: Das klinische Bild, sowie die völlig unglaubwürdigen Angaben des Kranken sprechen für Artefakte.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Unter einfachen Desitinsalbenverbänden erfolgte anfänglich gute Abheilung. Nach einiger Zeit aber traten plötzlich neue Kratzeffekte am Fußrücken auf. Deshalb wurden am Fuß Steifgazeverbände, an der Brust feste Heftpflasterverbände angelegt. Aber selbst unter Steifgazeverband konnte eines Tages eine neue Exkoriation beobachtet werden, die wenige Zentimeter vom Rand des Verbandes entfernt war und wahrscheinlich mittels irgend eines unter den Verband geschobenen Instrumentes erzeugt worden war. Im übrigen aber konnte ein Neuauftreten von Hautveränderungen nicht mehr festgestellt werden und die Artefakte heilten unter Steifgazeverbänden vollkommen ab. Der Kranke konnte völlig geheilt entlassen werden. Bezeichnend war bei seiner Entlassung die Äußerung, daß der Fuß durch die Reibung im Schuh doch bald wieder aufbrechen werde; er sei noch nie lange zugeblieben. Sicher habe ein „böser Feind" seine Einweisung in die Klinik veranlaßt!

Schon zwei Monate später kommt H. erneut in unsere Klinik zu stationärer Behandlung. Bereits vier Tage nach der Entlassung aus der Klinik sei der Fuß wieder aufgebrochen. Solange die Geschwüre zugeheilt gewesen wären, habe er am Fuß außerordentlich starke Schmerzen gehabt. Mit dem „Aufbrechen" hätten diese aber wieder etwas nachgelassen. Auch an der Brust bestünde von Zeit zu Zeit Brennen und Stechen. H. befand sich seither wieder ständig in ärztlicher Behandlung und wurde von seinem Arzt wegen Erfolglosigkeit der Behandlung neuerdings in die Klinik eingewiesen.

Befund: An der Brust sind zur Zeit keine frischen Erscheinungen, auch keine Kratzeffekte zu sehen. Im linken Teil der obenerwähnten ungefähr quadratischen Hautveränderung fällt jetzt ein Narbenkeloid auf, das in einer Ausdehnung von 2—3 cm eine schmale, unregelmäßige, quergestellte Leiste darstellt.

Am rechten Unterschenkel und Fuß bestehen die schon oben angegebenen, alten, teils narbigen Veränderungen. Daneben finden sich wieder frische, kleinere Erosionen über den ganzen Fußrücken verstreut. In der Mitte des Fußrückens, in einem alten Narbengebiet gelegen, ist ein neuer pfennigstückgroßer Hautdefekt festzustellen. Im Gebiet der kleinen Zehe sieht man ebenfalls frische, größere, schmierig belegte Erosionen, sämtlich von umschriebener Form.

Behandlung und *Krankheitsverlauf*: Die erkrankten Hautstellen werden zunächst mit Byrolinsalbenverbänden behandelt. Bereits am zweiten Tage des Klinikaufenthaltes werden frische Hauterscheinungen im Bereich des

Keloids an der Bruſt feſtgeſtellt: friſche Rötung und Kratzeffekte deuten ſicher darauf hin, daß der Kranke hier die Haut mechaniſch lädiert hat. Um erneuten arteficiellen Einwirkungen vorzubeugen, werden Verbände mit Deſitinſalbe an der Bruſt durch feſten Maſtiſolabſchluß, am rechten Fuß durch Steifgaze geſichert. Hierunter erfolgte eine glatte Heilung. Im weiteren Verlaufe wurde vom Krankenpfleger einmal beobachtet, wie nach Abnahme des Verbandes der Kranke ſeinen rechten Fuß durch kräftiges Reiben bearbeitete! Nachdem die Veränderungen an der Bruſt ſoweit abgeheilt waren, daß kein Verband mehr nötig war, konnten ſofort wieder friſche Hautläſionen feſtgeſtellt werden. Daneben aggravierte der Kranke in direkt auffallender Weiſe: ſo zuckte er ſchon bei der geringſten Berührung der Haut, ſelbſt an abgeheilten Stellen, zuſammen und äußerte heftige Schmerzen. Nach einer ſcharfen Zurechtweiſung wegen ſeines betrügeriſchen Verhaltens wurden keine neuen Hautirritationen mehr beobachtet und es trat eine raſche Heilung ſämtlicher erkrankten Stellen ein.

Obwohl H. erklärte, er könne noch nicht arbeiten, wurde er als geheilt, arbeitsfähig entlaſſen. Dem behandelnden Arzt, ſowie der Kaſſe wurde über die Art der Erkrankung ein genauer Bericht zugeleitet. Nach den vorliegenden Tatſachen muß H. als ein ganz gewiſſenloſer Simulant angeſehen werden, der keinerlei Intereſſe an einer Heilung hatte, ſondern dem es vielmehr darauf ankam, im Beſitz einer möglichſt hohen Rente zu bleiben.

Fall 25.

Johann D., 48jähriger, verheirateter Landwirt.

Anamneſe: 1914 ſei dem Kranken durch einen Schuß der Gewehrſchaft zertrümmert worden, deſſen Splitter ihn am linken Zeigefinger ſo verletzt hätten, daß dieſer amputiert werden mußte. Er ſei darauf nur noch für den Garniſondienſt verwendungsfähig geblieben. Im Anſchluß an dieſe Verwundung hätten ſich an der linken Hand und am linken Vorderarm Geſchwüre gebildet, die in ganz unerklärbarer Weiſe bis jetzt jedes Jahr wieder erſcheinen und nur ſchwer abheilen ſollen. Auch am linken Unterſchenkel hätten ſchon vor längerer Zeit ebenſolche Geſchwüre beſtanden. Der Kranke ſteht wegen ſeines Leidens faſt ſtändig in ärztlicher Behandlung. Trotz Anwendung der verſchiedenſten Salben trete nie eine völlige Heilung ein, weswegen der Arzt den Kranken zur Klärung dieſer merkwürdigen Erſcheinungen unſerer Poliklinik überwieſen habe.

Für vorliegendes Leiden wurde eine Kriegsdienſtbeſchädigung mit 50% zuerkannt.

Der Kranke hat ſeit einem Jahr um eine Zuſatzrente nachgeſucht, da er eine zahlreiche Familie habe und mit größeren Schulden belaſtet ſei. Die zuſtändige Behörde will jedoch dem Geſuche nicht nachkommen, in Hinblick auf ein immerhin gutes Einkommen des Antragſtellers. Seit einem Jahr hat ſich nun die Erkrankung des D. auffallend verſchlimmert.

Allgemeinbefund: Es handelt ſich um einen kräftig gebauten Mann in gutem Ernährungszuſtand.

An den inneren Organen iſt kein krankhafter Befund zu erheben.

Nervenſyſtem: Rachen- und Cornealreflex fehlen!

Spezieller Befund: An der linken Hand iſt der Zeigefinger abgeſetzt. Man ſieht eine reizloſe Narbe über dem Metacarpophalangealgelenk. Die am Handrücken gelegene nächſte Umgebung zeigt eine ſtärkere Rötung, innerhalb der drei grauweißliche Blaſen von etwa Pfennigſtückgröße gelegen ſind. Aus einer derſelben entleert ſich ſeröſe Flüſſigkeit.

An der Beugeſeite des linken Vorderarmes, und zwar in ſeinem unteren Drittel, finden ſich drei unregelmäßig begrenzte, aber ſcharf umſchriebene, markſtückgroße Hautdefekte, nicht tiefgehend, ſondern von mehr oberflächlicher Art. Eine dieſer Stellen iſt leicht näſſend, während die übrigen in Abheilung begriffen ſind. Auf der Streckſeite des linken Vorderarmes beſteht ein gleicher, ſcharf begrenzter Hautdefekt. Die Umgebung zeigt leicht ekzematöſe Veränderung, ſowie zahlreiche kleine und größere Narben, alle ſcharf umſchrieben und nach Angabe des Kranken von ebenſolchen „Geſchwüren“ herrührend. Gleiche narbig ausgeheilte Stellen weiſt der linke Unterſchenkel an ſeiner Streckſeite, dicht unterhalb des Kniegelenkes auf.

Diagnoſe: Der Verdacht auf Artefakte, der aus dem kliniſchen Bild ſich ohne weiteres ergibt, beſtärkt ſich noch durch die Angaben des Kranken bezüglich des jahrelangen Beſtehens ſeines Leidens, ſowie der völligen Unklarheit über deſſen Entſtehungsurſache. Ausſchlaggebend für die Diagnoſe Artefakt iſt weiter das gleichfalls aus der Vorgeſchichte hervorgehende offenſichtliche „Desiderium“ nach Rentenerhöhung. Es muß daher das Leiden als eine artificielle Hautſchädigung auf Grund einer Rentenneuroſe des Kranken angeſprochen werden.

Vielleicht dürfte auch die immerhin auf etwas ſonderbare Weiſe 1914 erworbene Verwundung eine Selbſtbeſchädigung darſtellen, deren linksſeitige Lokaliſation eben aus dem mit der rechten Hand erfolgten Abzug des Gewehres gut zu verſtehen wäre. Jedenfalls muß bei der neurotiſchen Veranlagung des Kranken daran gedacht werden und ſo erſcheint auch hier ein Selbſtverſtümmelung zur Erreichung der Kriegsuntauglichkeit als ſehr suspekt.

Zusammenfassung.

Unter Artefakten versteht man von den Kranken selbst erzeugte Hautveränderungen, die entweder als ein Symtom hysterischer Reaktion auftreten, oder aber einer betrügerischen Absicht, der Simulation, dienen. Sie werden häufig durch einfache, mechanische Gewalteinwirkung, wie Reiben und Kratzen hervorgerufen, meist aber durch Verwendung chemischer Agentien. Das klinische Bild stellt hauptsächlich Geschwürsbildungen dar, die in ihrer Gestaltung häufig eine gewisse Regelmäßigkeit und scharf umschriebene Form erkennen lassen und an solchen Körperstellen lokalisiert zu sein pflegen, die für die Hände leicht zugänglich sind. Eine Abheilung der krankhaften Veränderungen erfolgt meist prompt unter festsitzenden Okklusivverbänden, welche es den betreffenden Personen nicht mehr ermöglichen an die erkrankten Hautstellen heranzukommen und diese erneut zu schädigen.

Die oben beschriebenen 25 Fälle von Selbstbeschädigung betreffen 21 weibliche und 4 männliche Personen. Davon sind 5 Fälle, denen eine bewußte betrügerische Absicht zugrunde lag, zur Gruppe der Simulation zu rechnen: bei 2 Männern, vorgerückten Alters bildete das Bestreben eine Kriegsrente weiterzubeziehen, bezw. eine höhere Rente zu erreichen, das ausschließliche Motiv für die Selbstbeschädigungen; ein weiterer Mann, in verhältnismäßig noch jungen Jahren, wollte sich eine Unfallrente erschleichen. Bei zwei Kranken ganz jugendlichen Alters bestand die Absicht, den unangenehmen schriftlichen Arbeiten und Prüfungen in der Schule aus dem Wege zu gehen: eine zehnjährige Schülerin erzeugte bei sich durch Umschnürung mit einer Hanfschnur ein Ödem des rechten Handrückens und ein 16jähriger Schüler brachte sich schwerste Kratzeffekte vornehmlich am rechten Handrücken und Vorderarm bei.

Die übrigen 21 Fälle, bei denen es sich durchwegs um jüngere, ledige Frauenspersonen handelt, tragen den

Charakter der hysterischen Selbstbeschädigung. Gering ist hierbei allerdings die Zahl derjenigen Fälle, in denen die Methode zur Erzeugung der Hautveränderungen ausfindig gemacht werden konnte; denn nur bei 6 Kranken, das ist in 28,6% der Fälle, war dies einwandfrei möglich.

Als Ursache der Hautläsionen wurde von zwei Kranken Reiben mit den Fingern und Kratzen mit den Fingernägeln zugestanden. Bei einer Kranken wurde ein Fläschchen mit Essigsäure, bei einer anderen ein Fläschchen mit Kresolseifenlösung gefunden, womit sie sich Verätzungen beigebracht hatten. In zwei weiteren Fällen wurde ebenfalls Säure als Mittel zur Erzeugung der Ulcerationen festgestellt.

Auf noch eine Kranke sei hingewiesen, bei der sich zwar nicht ermitteln ließ, womit sie ihr Geschwür am Bein ursprünglich erzeugt hatte, die aber noch kurz vor ihrer Entlassung aus der Klinik beobachtet wurde, wie sie die erkrankte Hautstelle in ihrer Heilung zu hindern suchte und mit einer Scheuerbürste irritierte.

Von Interesse dürfte die Tatsache sein, daß sich bei fast sämtlichen Kranken, auch bei denen, die der Simulation überführt wurden, hysterische Stigmata, nämlich Fehlen oder starke Herabsetzung von Rachen- und Cornealreflex fanden. Dies zeigt, wie Hysterie und Simulation ineinander übergehen können und wie schwer in solchen Fällen oft eine genaue Trennung wird.

Das Fehlen von Rachenreflex und Cornealreflex hat fast immer bei unseren Kranken wertvolle Schlüsse für die Diagnose einer durch Hysterie bezw. Simulation ausgelösten Selbstbeschädigung zugelassen. Die moderne Psychiatrie allerdings steht hier auf einem anderen Standpunkt. *Ewald* ging auf diese Frage ein und betonte in einem Vortrage über: „Moderne psychiatrische Forschungsart" (gehalten am 26. Juni 1933 in der physikalisch-medizinischen Sozietät, Erlangen): „daß man die Bedeutung derartiger Reflexanomalien für die Diagnose einer Hysterie früher ganz außerordentlich überschätzt hat, sie spielen heute überhaupt keine Rolle mehr!"

Ganz allgemein kann man hierzu vielleicht ſagen, daß, es dem Arzte nicht immer möglich iſt, auf feinere Unterſcheidungsmethoden, deren ſich hier die pſychiatriſche Fachwiſſenſchaft bedient, einzugehen und daß dann dieſe Schleimhautanästhesien, wenn ſie freilich auch manchmal mit Vorbehalt angeſehen werden müſſen, oft doch als Kriterium für abnorme pſychiſche Veranlagung wertvoll ſind.

Einen eigenartigen Unterſchied in der Häufigkeit ihres Vorkommens zeigte die Selbſtbeſchädigung in den verſchiedenen Lebensaltern. Die aus nebenſtehender Tabelle erſichtliche Verteilung läßt ein überwiegendes Vorkommen im zweiten Lebensjahrzehnt erkennen, worauf auch *Kraepelin* hingewieſen hat.

Jahre	Zahl der Kranken
10—20	12
21—30	9
31—40	2
41—50	1
51—60	1

Weiterhin iſt es intereſſant die Berufszweige zu betrachten, denen unſere Kranken angehörten:

ledig.	Dienſtmädchen (Stadt)	8
„	Dienſtmägde (Land)	4
„	Stütze	1
„	Arbeiterinnen	2
„	Verkäuferin	1
„	Lehrmädchen	1
„	ohne Beruf	2
„	Schülerin	1
„	Schüler	1
„	Landwirtstochter	1
„	Landhelfer	1
verh.	Landwirte	2

Dieſe Aufſtellung deckt ſich gleichfalls mit einer oben erwähnten Feſtſtellung *Kraepelins*, der bei ſeinen an Hysterie leidenden Kranken auch ein ſtarkes Überwiegen des ledigen, weiblichen Dienſtperſonals beobachtete.

Bezüglich der Lokaliſation der Hauterſcheinungen ergab ſich eine Verteilung folgender Art:

Obere Extremität	5	Fälle
Untere Extremität	4	„
Obere und untere Extremität	3	„
Rumpf	2	„
Rumpf und obere Extremität	1	„
Rumpf und untere Extremität	2	„
Rumpf, obere und untere Extremität	2	„
Rumpf und Geſicht	1	„
Rumpf, Geſicht und obere Extremität	1	„
Rumpf, Geſicht und Hals	1	„
Hals, Geſicht und obere Extremität	1	„
Hals, obere und untere Extremität	1	„
Geſicht	1	„

Die Artefakte fanden ſich ſechsmal auf der rechten, zweimal auf der linken Körperſeite, ſiebenzehnmal beiderſeitig. Es liegt ſomit bei unſeren Fällen ein bei weitem überwiegendes Betroffenſein beider Körperhälften vor. Eine Bevorzugung der linken Seite, wie ſie von manchen Autoren erwähnt wird, konnten wir alſo nicht feſtſtellen; auch wurde eine ausgeſprochene Symmetrie der Erſcheinungen in keinem unſerer Fälle beobachtet. Dagegen fanden ſich bei 13 Kranken, das iſt in über der Hälfte unſerer weiblichen Fälle, Störungen der Menſtruation, die ſich in Unregelmäßigkeit und Schmerzhaftigkeit äußerten.

Die in unſerer Klinik beobachteten 25 Fälle verteilen ſich auf zehn Jahre und auf eine Geſamtzahl von rund 28000 ambulant und ſtationär behandelten Kranken. Bei dieſem immerhin ſehr geringen Prozentſatz von 0,089% darf man wohl allgemein ſagen, daß die Neigung zur Selbſtbeſchädigung in unſerer fränkiſchen Bevölkerung verhältnismäßig gering iſt.

Zum Schluſſe meiner Arbeit iſt es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Profeſſor Dr. Hauck herzlichſt zu danken für die gütige Überlaſſung des Themas und Übernahme des Referates, ſowie für alle gütige Förderung, die er dieſer Arbeit zuteil werden ließ. Auch Herrn Profeſſor Dr. Dietel möchte ich an dieſer Stelle für die vielen freundlichen Ratſchläge meinen verbindlichſten Dank ausſprechen.

Schrifttum.

Babinski, Die angeblichen trophiſchen Störungen der Haut bei Hyſterie. Münchener Mediz. Wochenſchrift 1908, S. 430.

Baer, Correſpondenzblatt für Schweiz. Ärzte 1905, S. 690.

Bettmann, Über arteficielle Hautveränderungen bei Soldaten. Deutſche Mediz. Wochenſchrift 1919, Nr. 10 und 11, S. 260 und 294.

Bolten, Ein Fall von „hyſteriſcher Gangrän". Zentralbl. für Haut- und Geſchl. Krankheiten 1922, Bd. 4, S. 270.

Brauer, Abſichtlich erzeugte Hauterkrankungen. Arch. f. Derm. u. Syph. 1917. Bd. 124, H. 4, S. 595.

Bunnemann, Über pſychogene Dermatosen. Zeitſchr. f. d. geſ. Neurol. und Pſychiatr. 1922, Bd. 78, S. 115.

Buſchke, Hyſteriſche Artefakte (Linkshänderin). Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankh. 1930, Bd. 32, S. 544.

Carpintero, Übertriebene, vorgetäuſchte oder künſtlich unterhaltene Dermatosen. Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankheiten 1925, Bd. 16, S. 424.

Colcott Fox (ſiehe *Krecke*), Über die Selbſtbeſchädigung der Hyſteriſchen. Münchener Mediz. Wochenſchr. 1895, S. 72.

Crippa, Dermatologiſche Kriegserfahrungen. Arch. f. Derm. und Syph. 1916, Bd. 123, S. 284.

Cubero, Ulceröse Veränderungen durch eine Hyſteriſche vorgetäuſcht. Zentralbl. für Haut- und Geſchl. Krankheiten 1926, Bd. 20, S. 682.

Dacco, Arteficielle Hautkrankheiten bei Soldaten. Dermatol. Wochenſchr. 1918, Bd. 66, S. 524.

Darier-Jadassohn, Grundriß der Dermatologie 1913, S. 136.

Eckardt, Beitrag zur Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica. Inauguraldiſſertation aus der Univ. Hautklinik, Erlangen, 1925.

Fiſcher, Hyſteriſche Gangrän. (Artefakte). Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankh. 1931, Bd. 36, S. 146.

Frieboes, Lehrbuch der Haut- und Geſchlechtskrankheiten 1928, S. 258.

Galant, Reflektoriſche Blutungen bei Menſch und Tier. Betrag zur vergleichenden Reflexologie. Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankh. 1927, Bd. 22, S. 224.

Ganzoni, Zur Diagnoſe und Differentialdiagnoſe des Artefaktes. Zentralbl. für Haut- und Geſchl. Krank. 1933, Bd. 46, S. 327.

Gaupp, Über den Begriff Hysterie. Zeitſchr. f. d. geſ. Neurol. u. Pſychiatr. Bd. 5, 1911.

Gouin, Die Simulanten in der Dermatologie. Geſchwüre durch Kaliumbichromat und Dermatitiden durch Rinde des „Daphne gnidium". Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankh. 1922, Bd. 4, S. 357.

Hauck, Beitrag zur Dermatosis symmetrica dysmenorrhoica (Matzenauer-Polland). Wiener Mediz. Wochenſchr. 1925 Nr. 6 und 8.

Jankovich, Intereſſante Selbſtbeſchädigungsfälle. Vierteljahrsſchrift für gerichtl. Mediz. 1917, Bd. 53, H. 2, S. 260.

Kauffmann, Handbuch der Unfallmedizin Bd. 1, S. 158 ff. 196 ff.; 208 ff.

Kraepelin, „Einführung in die Pſychiatriſche Klinik" 1921. Bd. I, S. 93 ff., 178.

Kraepelin-Lange, Allgemeine und kliniſche Pſychiatrie. 1927.

Kreibich, Dermatitis angioneurotica. Arch. für Derm. und Syph. 1918, Bd. 122, S. 257.

Kretſchmer, „Über Hysterie". 1927.

Liniger, Monatsſchrift für Unfallheilk. u. Verſicherungsmed. 1909, S. 396 ff.

Mucha, Nekrosen, Gangrän, Geſchwüre. Handbuch der Haut- u. Geſchl. Krankh., herausgegeben von Jadassohn, Verlag von Julius Springer, Berlin 1928. Bd. VI, 2. Teil, S. 301.

Patry, Revue med. la Suisse romande 1903. V. 23, S. 326.
Revue Suisse des Accidents de travail. — (Schweiz. Zeitſchr. für Unfallkunde) 1907 S. 8 ff., S. 5.

Polland, „Auffallende Kratzeffekte bei einer Hysterica". Dermatol. Zeitſchrift 1910, Bd. 17, S. 564.
Neue Beiträge zur Klinik der Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica. Arch. f. Derm. u. Syph. 1921, Bd. 131, S. 453.

Raſch, Ein Fall von ſogenannter hyſteriſcher Dermatose. Arch. f. Derm. und Syph. 1916, Bd. 121, H. 1, S. 21.

Riecke, Zur Kaſuiſtik der Gangräna cutis. Wiener klin. Wochenſchr. 1899. Nr. 14.
Über arteficielle Kutisnekrose. Dermatol. Zeitſchrift 1818, Br. 26, S. 36 ff.
Lehrbuch der Haut- und Geſchl. Krankheiten 1931, S. 163.

Sachs, Selbſtbeſchädigung der Haut- und Geſchlechtsorgane bei Soldaten. Wiener mediz. Wochenſchrift 1924, Nr. 31, 33, 35, 36.

Sack, Zur Kaſuiſtik und Problematik pſychogener Dermatosen. „Der Nervenarzt" 1929, S. 86.

Samuel-Freud, Fall Graham Little. Dermatol. Zeitſchrift 1926, Bd. 48, S. 86.

Schmidt, Pseudoveneriſche Geſchwüre. Vierteljahrsſchr. f. gerichtl. Mediz. 1917, Bd. 54. H. 2, S. 224.

Schock, Die künſtlich erzeugten Krankheiten und ihre Begutachtung. Ärztl. Sachverſtändigenzeitung 1920, S. 104.

Stöß, Monatsſchrift f. Unfallheilk. u. Verſicherungsmedizin 1909, S. 313.

Schrifttum.

Babinski, Die angeblichen trophiſchen Störungen der Haut bei Hyſterie. Münchener Mediz. Wochenſchrift 1908, S. 430.

Baer, Correſpondenzblatt für Schweiz. Ärzte 1905, S. 690.

Bettmann, Über arteficielle Hautveränderungen bei Soldaten. Deutſche Mediz. Wochenſchrift 1919, Nr. 10 und 11, S. 260 und 294.

Bolten, Ein Fall von „hyſteriſcher Gangrän". Zentralbl. für Haut- und Geſchl. Krankheiten 1922, Bd. 4, S. 270.

Brauer, Abſichtlich erzeugte Hauterkrankungen. Arch. f. Derm. u. Syph. 1917. Bd. 124, H. 4, S. 595.

Bunnemann, Über pſychogene Dermatosen. Zeitſchr. f. d. geſ. Neurol. und Pſychiatr. 1922, Bd. 78, S. 115.

Buſchke, Hyſteriſche Artefakte (Linkshänderin). Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankh. 1930, Bd. 32, S. 544.

Carpintero, Übertriebene, vorgetäuſchte oder künſtlich unterhaltene Dermatosen. Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankheiten 1925, Bd. 16, S. 424.

Colcott Fox (ſiehe *Krecke*), Über die Selbſtbeſchädigung der Hyſteriſchen. Münchener Mediz. Wochenſchr. 1895, S. 72.

Crippa, Dermatologiſche Kriegserfahrungen. Arch. f. Derm. und Syph. 1916, Bd. 123, S. 284.

Cubero, Ulceröse Veränderungen durch eine Hyſteriſche vorgetäuſcht. Zentralbl. für Haut- und Geſchl. Krankheiten 1926, Bd. 20, S. 682.

Dacco, Arteficielle Hautkrankheiten bei Soldaten. Dermatol. Wochenſchr. 1918, Bd. 66, S. 524.

Darier-Jadassohn, Grundriß der Dermatologie 1913, S. 136.

Eckardt, Beitrag zur Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica. Inauguraldiſſertation aus der Univ. Hautklinik, Erlangen, 1925.

Fiſcher, Hyſteriſche Gangrän. (Artefakte). Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankh. 1931, Bd. 36, S. 146.

Frieboes, Lehrbuch der Haut- und Geſchlechtskrankheiten 1928, S. 258.

Galant, Reflektoriſche Blutungen bei Menſch und Tier. Betrag zur vergleichenden Reflexologie. Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankh. 1927, Bd. 22, S. 224.

Ganzoni, Zur Diagnoſe und Differentialdiagnoſe des Artefaktes. Zentralbl. für Haut- und Geſchl. Krank. 1933, Bd. 46, S. 327.

Gaupp, Über den Begriff Hyſterie. Zeitſchr. f. d. geſ. Neurol. u. Pſychiatr. Bd. 5, 1911.

Gouin, Die Simulanten in der Dermatologie. Geſchwüre durch Kaliumbichromat und Dermatitiden durch Rinde des „Daphne gnidium". Zentralbl. f. Haut- und Geſchl. Krankh. 1922, Bd. 4, S. 357.

Hauck, Beitrag zur Dermatosis symmetrica dysmenorrhoica (Matzenauer-Polland). Wiener Mediz. Wochenſchr. 1925 Nr. 6 und 8.

Jankovich, Intereſſante Selbſtbeſchädigungsfälle. Vierteljahrsſchrift für gerichtl. Mediz. 1917, Bd. 53, H. 2, S. 260.

Kauffmann, Handbuch der Unfallmedizin Bd. 1, S. 158 ff. 196 ff.; 208 ff.

Kraepelin, „Einführung in die Pſychiatriſche Klinik" 1921. Bd. I, S. 93 ff., 178.

Kraepelin-Lange, Allgemeine und kliniſche Pſychiatrie. 1927.

Kreibich, Dermatitis angioneurotica. Arch. für Derm. und Syph. 1918, Bd. 122, S. 257.

Kretſchmer, „Über Hyſterie". 1927.

Liniger, Monatsſchrift für Unfallheilk. u. Verſicherungsmed. 1909, S. 396 ff.

Mucha, Nekrosen, Gangrän, Geſchwüre. Handbuch der Haut- u. Geſchl. Krankh., herausgegeben von Jadassohn, Verlag von Julius Springer, Berlin 1928. Bd. VI, 2. Teil, S. 301.

Patry, Revue med. la Suisse romande 1903. V. 23, S. 326.
Revue Suisse des Accidents de travail. — (Schweiz. Zeitſchr. für Unfallkunde) 1907 S. 8 ff., S. 5.

Polland, „Auffallende Kratzeffekte bei einer Hysterica". Dermatol. Zeitſchrift 1910, Bd. 17, S. 564.
Neue Beiträge zur Klinik der Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica. Arch. f. Derm. u. Syph. 1921, Bd. 131, S. 453.

Raſch, Ein Fall von ſogenannter hyſteriſcher Dermatose. Arch. f. Derm. und Syph. 1916, Bd. 121, H. 1, S. 21.

Riecke, Zur Kaſuiſtik der Gangräna cutis. Wiener klin. Wochenſchr. 1899. Nr. 14.
Über arteficielle Kutisnekrose. Dermatol. Zeitſchrift 1818, Br. 26, S. 36 ff.
Lehrbuch der Haut- und Geſchl. Krankheiten 1931, S. 163.

Sachs, Selbſtbeſchädigung der Haut- und Geſchlechtsorgane bei Soldaten. Wiener mediz. Wochenſchrift 1924, Nr. 31, 33, 35, 36.

Sack, Zur Kaſuiſtik und Problematik pſychogener Dermatosen. „Der Nervenarzt" 1929, S. 86.

Samuel-Freud, Fall Graham Little. Dermatol. Zeitſchrift 1926, Bd. 48, S. 86.

Schmidt, Pseudoveneriſche Geſchwüre. Vierteljahrsſchr. f. gerichtl. Mediz. 1917, Bd. 54. H. 2, S. 224.

Schock, Die künſtlich erzeugten Krankheiten und ihre Begutachtung. Ärztl. Sachverſtändigenzeitung 1920, S. 104.

Stöß, Monatsſchrift f. Unfallheilk. u. Verſicherungsmedizin 1909, S. 313.

Strümpell, Über einen Fall von ſchwerer Selbſtbeſchädigung bei einer Hyſteriſchen. Deutſche Zeitſchrift f. Nervenheilkunde 1892, Bd. 2, S. 350.

Torök, Die Lehre von angioneurot. und hämatog. Hautentzündungen. Dermatol. Zeitſchr. 1910, Bd. 17, S. 619 und 707.

Towle, Ausſprache zur Diagnoſe Fall Rockwood. Zentralbl. für Haut- und Geſchl. Krankh. 1931, Bd. 38, S. 626.

Trombetta, Ärztl. Sachverſtändigenzeitung 1907, S. 81.

Vaihinger, „Die Philoſophie des Als ob", Felix Meiner, Leipzig 1918.

Waldſtein, Über künſtlich erzeugte Phlegmonen. Ärztl. Sachverſtändigenzeitung 1920, S. 104—105.

Wilſon, E. (ſiehe *Raſch*), Ein Fall von ſogenannter hyſteriſcher Dermatose. Arch. f. Derm. u. Syph. 1916, Bd. 121, S. 24.

v. Zumbuſch, Die Geſchlechts- und Hautkrankheiten im Weltkrieg. Münchener Mediz. Wochenſchr. 1934/II, S. 1210 ff.

Lebenslauf.

Am 30. Juli 1907 bin ich, Friedrich Michel, als Sohn des damaligen Kunſtgärtnereibeſitzers Leonhard Michel und ſeiner Ehefrau Betty, geb. Michel, in Nürnberg geboren. Ich beſuchte vier Jahre die dortige Volksſimultanhauptſchule und trat darauf in das humaniſtiſche Alte Gymnaſium zu Nürnberg ein, das ich am 7. April 1927 abſolvierte. Sodann wandte ich mich dem Studium der Medizin zu, dem ich zunächſt an der Univerſität Erlangen oblag. Dortſelbſt beſtand ich am 20. November 1929 die ärztliche Vorprüfung. Von den kliniſchen Halbjahren verbrachte ich eines in Oeſterreich, an der Univerſität Graz, ein weiteres in München, die übrigen wieder in Erlangen, wo ich dann die ärztliche Prüfung ablegte, die ich am 28. Juni 1933 beſtanden habe. Nach anſchließender, vorſchriftsmäßiger Ableiſtung des praktiſchen Jahres an der Chirurgiſchen Univerſitätsklinik, Erlangen (Prof. Dr. Goetze), der Univerſitäts-Hautklinik, Erlangen (Prof. Dr. Hauck), ſowie am Allgemeinen Städtiſchen Krankenhaus, Nürnberg: II. Mediziniſche Klinik (Stadtobermedizinalrat Dr. Scheidemandel) und Patholog. Anatomiſches Inſtitut (Prof. Dr. Lauche), erteilte mir das Bayer. Staatsminiſterium für Unterricht und Kultus mit Wirkung vom 30. Juni 1934 die ärztliche Approbation. Bis Ende Juli 1934 verblieb ich noch weiterhin im Krankenhaus Nürnberg als Gaſtarzt am Pathologiſchen Inſtitut. Seit 1. Auguſt 1934 bin ich Volontärarzt an der Univerſitäts-Hautklinik, Erlangen.